



ANA CATARINA TEIXEIRA DE ABREU

**NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM
DOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO
DE UMA REALIDADE**

Dissertação de mestrado apresentada
para a obtenção do grau de Mestre em
Cuidados Paliativos, sob a orientação do
Professor Doutor José Miguel Padilha e
coorientação da Enfermeira Especialista
Júlia Alves

**4º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2014**

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

4º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

**NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM
DOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO
DE UMA REALIDADE**

Dissertação de mestrado apresentada
para a obtenção do grau de Mestre em
Cuidados Paliativos, sob a orientação do
Professor Doutor José Miguel Padilha e
coorientação da Enfermeira Especialista
Júlia Alves

ANA CATARINA TEIXEIRA DE ABREU¹

PORTO, 2014

¹ Enfermeira de Cuidados Gerais. Mestranda em Cuidados Paliativos

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós, deixam um pouco de si, levam um pouco de nós...”

Antoine Saint-Exupéry

RESUMO

As alterações demográficas, tecnológicas, culturais, sociais e de saúde, estão na origem da transferência do local de morte, do domicílio, local onde o doente se sentia rodeado de familiares e amigos próximos, para o hospital. Os cuidados de enfermagem em doentes em Cuidados Paliativos em ambiente hospitalar têm por finalidade ajudar o doente a viver os últimos momentos com o maior conforto, bem-estar e qualidade de vida, minorando o sofrimento, provocado pela progressiva degradação da condição de saúde.

A caracterização das necessidades de cuidados de enfermagem documentadas no Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) em uso, pode constituir-se como uma estratégia efetiva, para a definição de políticas formativas dos enfermeiros, para a organização dos cuidados bem como, para a definição de áreas de atenção para a investigação, que permitam sustentar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados disponibilizados aos doentes em Cuidados Paliativos. Neste sentido, procedemos à realização de um estudo exploratório, descritivo e transversal, que teve por finalidade descrever as necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Porto (CHP) entre 1 de setembro de 2012 e 1 de setembro de 2013, a partir da documentação dos cuidados de enfermagem no SIE em uso. Para a análise e tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo à documentação dos cuidados de enfermagem, com recurso a um modelo de análise *A priori*, baseado na versão beta 2 (β_2) da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Neste estudo mais de metade dos doentes apresentam patologia oncológica (53,99%), apesar de estar a aumentar a referência de doentes com patologia não oncológica.

Relativamente às necessidades de cuidados de enfermagem documentadas no SIE 68% dos Focos de Atenção de enfermagem pertencem à dimensão da *função* e 32% à dimensão da *Pessoa*. Destaca-se a presença, entre os dez Focos de Atenção da *função* mais identificados pelos enfermeiros a *Úlceras de Pressão* (79,71% com Risco e 61,96% com *Úlceras de Pressão*), a *Dor* (72,10%), o *Edema* (50,36%), a *Obstipação* (29,71% com risco e 15,22% com obstipação) e a *Dispneia* (42,75%).

No que concerne à dimensão da *Pessoa* foram identificados Focos de Atenção relativos essencialmente ao *autocuidado* e à *comunicação*. Verifica-se, nos focos relativos aos *autocuidados*, a existência de 71,74% dos doentes com dependência no autocuidados: *Alimentar-se*, 85,51%

no *Autocuidado: Higiene*; 84,78% no *Autocuidado: Uso do sanitário*; 86,23% no *Autocuidado: Vestuário*; 79,35% no *Posicionar-se* e 59,78% no *Transferir-se*.

Ao efetuar-se a comparação dos dados do estudo com o catálogo CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”, verifica-se a presença de Focos de Atenção maioritariamente da dimensão física enquadrados, na categoria *Preocupações relacionadas com a Doença*, essencialmente nas subcategorias *perturbações físicas*, o que demonstra a importância dada pelos enfermeiros ao controlo de sintomas, e *capacidade funcional*, relacionadas nomeadamente com o *autocuidado*.

Este estudo demonstra que a dimensão física, apesar de fundamental, representa apenas uma parte do cuidado total, expondo a oportunidade de melhoria da qualidade da ação de enfermagem a partir das dimensões psicológica, social, cultural e espiritual. Emergindo, assim, a necessidade de formação adequada às restantes áreas fundamentais dos Cuidados Paliativos, nomeadamente relacionado com fadiga, luto, família, comunicação, conforto e espiritualidade.

Este estudo revela os progressos nos cuidados de enfermagem disponibilizados aos doentes em Cuidados Paliativos deste contexto, emergindo a relevância atribuída pelos enfermeiros à documentação de aspetos associados à dimensão física, e a oportunidade para desenvolver estratégias que permitam a aproximação da ação de enfermagem ao estado da arte, nomeadamente pela implementação e documentação de ações de enfermagem nas dimensões psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Neste particular a parametrização do Catálogo CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna” no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) do CHP poderá representar uma excelente oportunidade de progressiva mudança na filosofia de prestação de cuidados aos doentes paliativos, a fim de proporcionar bem-estar e promover qualidade e dignidade aos doentes nas suas diversas dimensões.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Morrer com Dignidade; CIPE®.

ABSTRACT

Demographic, technological, cultural, social and health changes are at the origin of the change of the death place, from home, where the patient felt surrounded by family and closest friends, to the hospital. Nursing care for patients in Palliative Care in a hospital setting aim to help the patient living the last moments with greater comfort, well-being and quality of life, alleviating suffering, caused by the progressive deterioration of the health conditions. The characterization of nursing care needs documented in the Nursing Information System (SIE) in use, may establish itself as an effective strategy to define training policies to nurses, to the organization of care as well as for the definition of areas of focus for research, enabling support for the continuous improvement of quality of care provided to patients in Palliative Care.

In this sense, we conducted an exploratory, descriptive and cross-sectional study, which aim to describe the nursing care' needs of patients referred for Hospital-Support Team of Palliative Care of Centro Hospitalar do Porto. Data was collected between September 1, 2012 and September 1, 2013 from the documentation of nursing care in the SIE in use in CHP. For the analysis and processing of data were used content analysis documentation of nursing care, using an analytical model a priori, based on beta 2 version of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®).

In this study, more than half of patients have oncological pathology (53,99%), despite the increase of referral of non-oncologic pathology. Concerning the needs of nursing care documented in SIE, 68% of nursing focus belong to the dimension of *function* and 32% to the dimension of *person*. Noteworthy is the presence, among the ten focuses of *function* most identified by nurses, of *Pressure Ulcer* (79,71% in risk and 61,96% with Pressure Ulcer), *Pain* (72,1%), *Edema* (50,36%), *Constipation* (29,71% in Risk and 15,22% with constipation) and *Dyspnea* (42,75%). Regarding the dimension of *person* were identified focus essentially related to *self-care* and *communication*. Occurs, in focus related to self-care, the existence of 71,74% of patients with dependence in *self feeding*; 85,51% in *self hygiene*; 84,78% in *self toileting*; 86,23% in *self dressing*; 79,35% in *positioning* and 59,78% in *self transferring*.

Comparing this study output data with the ICNP® catalogue “Palliative Care for dignified dying” we verify the presence of focus mostly of physical dimension, framed in the category *Concerns related to the disease*, mainly in subcategories *physical disturbances*, which demonstrates

the importance given by nurses to symptoms' control, and *functional capacity*, notably related to the *self-care*.

This study evidences that, despite the relevance of physical dimension, it represents only a part of total care, exposing the opportunity of the improvement of nursing care quality, regarding the psychological, social, cultural and spiritual dimensions. Emerges, hence, the need of appropriate training to the other key areas of Palliative Care, particularly fatigue, grief, family, communication, comfort and spirituality.

This study reveals the progress in the nursing care provided to patients in Palliative Care in this context, emerging the assigned relevance given by nurses to the documentation of aspects related to the physical dimension, and the opportunity to develop strategies that allows nursing to the approach of nursing care to be aligned with the *state of art*, including the implementation and documentation of nursing interventions in all dimensions. In this particular, the ICNP[®] catalogue "Palliative Care for dignified dying" in the Support System Nursing Practice (SAPE) in the CHP may represent an excellent opportunity for progressively change the philosophy of Palliative Care, in order to provide well-being and to promote quality and dignity to patients in its various dimensions.

Keywords: Palliative Care; Nursing; Dignified Dying; ICNP[®].

AGRADECIMENTOS

Ao Professor José Miguel Padilha, orientador da presente dissertação, a minha gratidão pela disponibilidade, estímulo e apoio na investigação.

À Enfermeira Júlia Alves, coorientadora, o meu sincero agradecimento por todo o apoio, incentivo e disponibilidade.

Ao Hugo, à mãe e ao pai, pelo amor, ânimo, paciência, suporte, palavras de incentivo e pelo precioso contributo na elaboração desta dissertação.

Aos irmãos e restante família pelo amor, paciência e suporte.

À tia Rosa Maria pelo contributo na leitura da dissertação.

Ao avô Abreu, por ter deixado em mim, durante a sua partida, o gosto pelos Cuidados Paliativos.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓMIOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
 β_2 – Beta 2
CHP – Centro Hospitalar do Porto
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DCE – Documentação de Cuidados de Enfermagem
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAPC – European Association for Palliative Care
ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA – Equipas de Gestão de Altas
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
IAHPC – International Association for Hospice & Palliative Care
ICN – International Council of Nursing
ISO – International Standard Organization
Máx. – Máximo
Med. – Mediana
Mín. – Mínimo
mo = Moda
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCP – Serviço de Cuidados Paliativos
SD – Standard Deviation
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SI – Sistema de Informação
SIE – Sistema de Informação em Enfermagem
SPSS® – Statistical Package for the Social Sciences
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama do modelo de terminologia de referência ISO para construção de diagnósticos de enfermagem.....	27
Figura 2: Diagrama do modelo de terminologia de referência ISO para construção de intervenções de enfermagem	27
Figura 3: Áreas de Intervenção da EIHSCP do CHP	42
Figura 4: Estrutura hierárquica da classificação dos Fenómenos de Enfermagem do eixo do Foco da Prática da CIPE® Versão β_2	51

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Modelo de Preservação da Dignidade.....	34
Quadro 2: Exemplo da “recodificação” das unidades de registo	50
Quadro 3: Principais Focos de Atenção organizados nas categorias do Modelo de Preservação da Dignidade, de Chochinov	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra em estudo segundo o sexo	45
Gráfico 2: Diagnóstico médico dos doentes constituintes da amostra	48
Gráfico 3: Destino dos doentes após o internamento	49
Gráfico 4: Distribuição dos Focos de Atenção pelas Dimensões e Domínios da CIPE® β_2	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do número total de episódios de internamento dos doentes em estudo no CHP no período em estudo.....	46
Tabela 2: Distribuição do último episódio de internamento por Serviços de Internamento no período em estudo.....	47
Tabela 3: Distribuição da amostra em estudo segundo o destino após a alta	49
Tabela 4: Domínios identificados na dimensão da Função	53
Tabela 5: Focos de Atenção mais frequentes na dimensão da Função	54
Tabela 6: Especificação da localização anatómica da dor	55
Tabela 7: Categorização dos dados no domínio da Pessoa: Razão para Ação.....	56
Tabela 8: Focos de Atenção no domínio da Pessoa: Ação	58
Tabela 9: Diagnósticos de Enfermagem relacionados com o Autocuidado.....	59
Tabela 10: Preocupações relacionadas com a Doença.....	70
Tabela 11: Repertório da Preservação da Dignidade	71
Tabela 12: Inventário da Dignidade Social.....	71

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ESTADO DA ARTE	5
1. O processo de morrer	5
2. Os Cuidados Paliativos	11
2.1. Organização	14
2.2. Tipologia e Necessidades.....	18
3. A Enfermagem centrada no processo de “Morrer com Dignidade”	24
3.1. Enfermagem de Cuidados Paliativos	28
3.2. O Catálogo da CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”	31
3.2.1. <i>Morte Digna: Modelo de Preservação da Dignidade</i>	32
CAPÍTULO II: METODOLOGIA.....	39
1. Justificação do Estudo.....	39
2. Desenho de Estudo	41
2.1. Contexto do Estudo	41
2.2. População e Amostra	43
2.3. Recolha de Dados.....	43
2.3.1. <i>Análise de dados</i>	43
3. Considerações Éticas.....	44
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
1. Caraterização da amostra	45
2. Procedimentos de Análise de Dados	49
3. Necessidades em Cuidados de Enfermagem	52
3.1. Dimensão da Função	52
3.2. Dimensão da Pessoa.....	55
3.2.1. <i>Domínio da Pessoa: Razão para Ação</i>	55
3.2.2. <i>Domínio da Pessoa: Ação</i>	57

4. Discussão dos Resultados.....	61
CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	87
ANEXO I: Autorização do Conselho de Administração	
ANEXO II: Serviços de Internamento	
ANEXO III: Diagnósticos Médicos	
ANEXO IV: Unidades de Registo Finais	
ANEXO V: Focos de Atenção categorizados	

INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi desenvolvida no contexto do 4º Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O estudo centra-se na caracterização das necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes de Cuidados Paliativos e no conceito de “morte digna”, termo utilizado pela CIPE® para descrever o fenómeno que deverá estar presente na prática dos enfermeiros que cuidam de doentes em fim de vida. Contudo, não se conhecem claramente as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes em Cuidados Paliativos.

Pretendemos, assim, com esta dissertação, responder à seguinte questão de investigação: **Quais as necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar do Porto?**

Para a medicina, a morte apresenta-se como um fenómeno previsível e determinável, através da esperança média de vida. Contudo, e apesar de todos os progressos médicos e científicos, a morte continua a ser uma certeza para o ser humano e representa o ponto crítico da doença, devendo ser tratada com o respeito e dignidade merecidos (Beckstrand et al., 2006).

Na Europa, e noutros países desenvolvidos, tem-se verificado um envelhecimento da população, com aumento da esperança média de vida, o que provocou uma alteração do padrão das doenças e da morte. De forma crescente, os indivíduos morrem em idades mais avançadas, em resultado de doenças crónicas graves, tais como, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e cancro, que causam um leque de problemas físicos, psicológicos e sociais (Davies & Higginson, 2004). Simultaneamente, a cura da doença passou a ser o principal foco dos serviços de saúde, o que resulta no arrastamento das situações crónicas e consequente prolongamento do processo da morte (Barbosa & Neto, 2006; Moura, 2011).

Contudo, quando as possibilidades de tratamento se esgotam e a progressão da doença se torna inevitável, os objetivos terapêuticos modificam-se. Deste modo, quando os tratamentos curativos se tornam desnecessários, pretende-se assegurar a qualidade de vida (e da morte), através da promoção do conforto do doente e da família. Os Cuidados Paliativos tornam-se, nesse sentido, uma melhor opção (Moura, 2011).

Os Cuidados Paliativos foram caracterizados como os cuidados que protegem e honram aqueles que estão a morrer e transmitem, por palavras e ações, a dignidade que reside em cada pessoa (Field & Cassel, 1997), sendo um dos mais importantes objetivos dos Cuidados Paliativos ajudar a alcançar uma “boa morte” ou “morte digna” (Chochinov, 2002; Miyashita et al., 2008; Gonçalves, 2009).

Os Cuidados Paliativos pretendem o conforto e o alívio do sofrimento dos doentes, isto é, pretende-se “encobrir” toda a sintomatologia que cause desconforto, independentemente da origem dos sintomas: físicos, psicológicos ou espirituais (Twycross, 2003).

No início do seu desenvolvimento, os Cuidados Paliativos dirigiam-se a doentes com cancro, dado a maior previsibilidade do curso da doença, que permitia um melhor reconhecimento e planeamento das necessidades do doente e da família. Mais recentemente, foi estabelecido que os cuidados deveriam ser disponibilizados com base nas necessidades, em detrimento do diagnóstico ou prognóstico (Davies & Higginson, 2004; Radbruch & Payne, 2010), dado que estudos demonstraram a existência, no último ano de vida, de problemas e sintomas similares, apesar das diferenças individuais entre as diversas doenças e as suas implicações na qualidade de vida (Radbruch & Payne, 2010; Ellershaw & Wilkinson, 2011).

Apesar do anteriormente referido, os Cuidados Paliativos continuam a ser prestados maioritariamente a doentes oncológicos.

As alterações demográficas, tecnológicas, culturais, sociais e de saúde, aliado à dificuldade no estabelecimento de um prognóstico em doenças crónicas não-oncológicas, estão na origem da transferência do local de morte, do domicílio, local onde o doente se sentia rodeado de familiares e amigos próximos, para o hospital.

Os doentes, pela complexidade de cuidados que exigem nas suas diversas dimensões – biológica, psicológica, social e espiritual – requerem uma equipa multidisciplinar, com profissionais com formação específica na área, em todos os contextos de cuidados, com vista a atingir os objetivos dos Cuidados Paliativos (Radbruch & Payne, 2009).

A identificação dos doentes com necessidades de Cuidados Paliativos apresenta-se como um desafio para os profissionais de saúde. A falta de reconhecimento da necessidade de Cuidados Paliativos pode resultar em intervenções desnecessárias, internamentos inapropriados, com potencial impacto económico, tratamentos desadequados, assim como redução da qualidade de vida do doente.

Os cuidados de enfermagem a doentes em Cuidados Paliativos têm por finalidade minorar o sofrimento originado pela degradação progressiva da condição de saúde e auxiliar o doente a viver os últimos momentos com o maior bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Este estudo tem por finalidade descrever as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Porto (CHP), a partir da documentação dos cuidados de enfermagem no sistema de informação em enfermagem (SIE) em uso.

A caracterização das necessidades de cuidados de enfermagem documentadas no Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) em uso pode constituir-se como uma estratégia para a definição de políticas formativas dos enfermeiros, para a organização dos cuidados, bem como para a definição de áreas de atenção para a investigação, que permitam sustentar a melhoria da qualidade dos cuidados disponibilizados aos doentes em Cuidados Paliativos.

Assim, e perante a finalidade do presente estudo, surgem os seguintes objetivos específicos:

- Descrever as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Porto (CHP);
- Disponibilizar informação relevante para a gestão da prestação de cuidados de enfermagem;
- Disponibilizar informação relevante para a gestão dos processos formativos dos enfermeiros;
- Contribuir para a discussão e para a aproximação da prática clínica dos enfermeiros à melhor evidência disponível.

Para dar resposta à questão de investigação, finalidade e objetivos, procedemos à realização de um estudo exploratório, descritivo e transversal, realizado na EIHSCP entre 1 de setembro de 2012 e 1 de setembro de 2013, a partir da documentação dos cuidados de enfermagem no SIE em uso no CHP.

Na análise de conteúdo à documentação dos cuidados de enfermagem utilizamos um modelo de análise *A priori*, baseado na versão beta 2 (β_2) da CIPE®.

A presente dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos, subsequentes à presente introdução.

No capítulo I, designado *Estado da Arte*, explicita-se a problemática do estudo. Assim, inicia-se com as representações da morte, com diferenciação de conceitos associados à mesma: “boa morte” e “morte digna”. Seguidamente, faz-se referência aos Cuidados Paliativos, com referência à origem, conceito e filosofia, essencialmente em Portugal, com destaque para a organização de serviços, tipologia e necessidades. Por fim, faz-se uma breve descrição da profissão de enfermagem, o processo de desenvolvimento de catálogos de enfermagem, com destaque para o catálogo CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”, e o papel da enfermagem em Cuidados Paliativos.

No segundo capítulo, *Metodologia*, apresenta-se o enquadramento metodológico, com justificação do estudo, descrição do objeto de estudo, finalidade e objetivos, com inclusão das opções metodológicas que sustentaram o percurso da presente investigação, nomeadamente, tipo e contexto de estudo, população e amostra, recolha e análise de dados fazendo, em último lugar, uma breve consideração ética.

No capítulo III, designado *Apresentação e Discussão dos Resultados*, apresenta-se e procede-se à discussão dos resultados obtidos. Primeiramente, efetuar-se-á a caracterização da amostra; seguidamente, serão descritos os procedimentos utilizados para a análise de dados e apresentação das necessidades de cuidados de enfermagem. Por fim, apresentar-se-á a discussão dos resultados obtidos, com resposta aos objetivos definidos para este estudo.

No capítulo IV, *Considerações Finais*, apresentam-se as principais conclusões do estudo, limitações detetadas, implicações do conhecimento gerado para a formação de enfermeiros e sugestões para investigações futuras.

CAPÍTULO I: ESTADO DA ARTE

Neste capítulo, revêem-se os fundamentos e a literatura sobre as *necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes em Cuidados Paliativos*.

Iniciamos este capítulo com as representações da morte, com diferenciação dos diversos conceitos associados à mesma, nomeadamente “boa morte” e “Morrer com Dignidade”.

De seguida, evoluímos para a origem, o conceito e a filosofia dos Cuidados Paliativos, em especial em Portugal, destacando a sua evolução recente, assim como a tipologia, necessidades em Cuidados Paliativos e organização de serviços.

Terminamos este capítulo com uma breve revisão histórica sobre enfermagem e o processo de desenvolvimento dos catálogos de enfermagem, onde será descrito o modelo teórico em que se enquadra o catálogo de enfermagem da CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”, o Modelo de Cuidados da Preservação da Dignidade (Chochinov, 2002) e o papel da enfermagem em Cuidados Paliativos.

1. O processo de morrer

O ser humano é o único que detém consciência dos seus limites existenciais, sendo o único a pensar na própria morte. A morte representa um fenómeno biológico, como é o nascimento, a puberdade e a velhice, mas também um fenómeno legal e social (Moura, 2011).

Para a medicina, é um fenómeno previsível e determinável, tendo em vista a esperança média de vida. No entanto, e apesar dos progressos científicos e médicos verificados, a morte continua a representar o ponto crítico da doença e a constituir uma certeza para o ser humano. Assim, a morte deve ser tratada com o respeito e dignidade a ela inerentes (Beckstrand et al., 2006).

As causas de morte têm vindo a alterar-se, tendo as epidemias e os acidentes dado lugar ao cancro e às doenças crónicas e degenerativas. O desenvolvimento da medicina tem permitido melhorar o combate à doença, ao sofrimento e à dor, o que tem ocasionado uma tentativa de vencer a própria morte. Esta tentativa, no mundo moderno, indica incompreensão da inevitabilidade da morte e falta de preparação do ser humano para lidar com esta. Contrariamente, a morte tem sido encarada não apenas como algo que causa angústia e sofrimento, mas como algo assustador. Assim, o tempo entre o adoecer e o morrer

tem aumentado significativamente, assistindo-se a um processo de morrer lento e doloroso (Moura, 2011).

Mas nem sempre assim foi. Na época medieval, a vida e a morte não eram apenas fenómenos individuais, detinham um carácter social e comunitário bastante acentuado. A morte era celebrada como um grande acontecimento da vida, que se encontrava em continuidade com os antepassados e a história humana, servindo de defesa contra o carácter brutal da mesma (Moura, 2011).

Na baixa Idade Média a morte era uma cerimónia pública, organizada e presidida pelo próprio doente. Este, que pressentia a proximidade da morte, através de sinais naturais, aguardava-a no leito da sua cama, rodeado da família, amigos e vizinhos. A morte era integrada na vida e aceite com simplicidade, sem excessiva manifestação de tristeza (Moura, 2011). Apesar de não ser o desejo do doente, este mantinha uma atitude de resignação e aceitação do seu destino. Considerava-se, aliás, fundamental que o doente conhecesse o seu destino para poder preparar-se espiritualmente. Este aviso era regularmente feito por um sacerdote, embora pudesse também ser feito por um médico, amigo ou familiar (Gonçalves, 2009).

A partir da segunda metade do século XIX, a advertência sobre a proximidade da morte passou a ser dispensável, com defesa da ideia de que o doente não deveria conhecer a aproximação do seu fim. O direito do doente revelar as vontades e disposições é retirado, passando a ser os familiares a controlar a situação e a tomar decisões junto dos médicos (Gonçalves, 2009).

Esta morte antiga, *“em que a morte é simultaneamente familiar, próxima e atenuada, indiferente, opõe-se muito à nossa, em que a morte provoca medo, a ponto de nem ousarmos dizer-lhe o nome”* (Ariès, 1989, p. 25). Atualmente, a morte não apresenta o mesmo carácter público, procura-se que passe o mais despercebida possível. Philippe Ariès designa esta atitude de “morte invertida” (Gonçalves, 2009).

Na Europa, e noutros países desenvolvidos, tem-se verificado um envelhecimento da população, com aumento da esperança média de vida. A melhoria dos cuidados de saúde, incluindo a prevenção e tratamento de diversas doenças infecciosas, entre outras inovações, contribuíram para um maior número de indivíduos a viver além dos 65 anos e um aumento, inclusive, do número de indivíduos após os 80 anos (Davies & Higginson, 2004). Na Europa, entre 1990 e 2010, o número de indivíduos com idade superior a 65 anos aumentou de 13,7 para 17,4% e, em Portugal, de 13,2 para 17,9%. Portugal é, assim, considerado o 5º país mais envelhecido da União Europeia (Comissão Europeia, 2011).

Em Portugal, a esperança média de vida sofreu igualmente modificação, tendo aumentado de 76,7 para 79,5, entre 2000 e 2010 (Comissão Europeia, 2011). Entre 2011 e 2013, a esperança média de vida aumentou para 80 anos, sendo 76,91 anos para o sexo masculino e 82,79 anos para o sexo feminino (INE, 2014a).

Estas alterações demográficas provocaram uma alteração do padrão das doenças e da morte. De forma crescente, os indivíduos morrem em idades mais avançadas, em resultado de doenças crónicas graves, tais como, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e cancro, que causam um leque de problemas físicos, psicológicos e sociais. A presença de múltiplas doenças em simultâneo poderá contribuir para a dificuldade na identificação da causa de morte. Prevê-se que as principais causas de morte na Europa, em 2020, sejam a doença cardíaca, a doença cerebrovascular, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), as infeções respiratórias e o cancro do Pulmão. Não é, claro, contudo, se a longevidade será acompanhada de períodos longos de incapacidade próximo do fim de vida (Davies & Higginson, 2004).

Em Portugal, as duas principais causas de morte são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos. Os tumores malignos constituíram, em 2002, 21% do total de mortes e, em 2012, 23,9%. As doenças do aparelho circulatório totalizaram 38% de todas as mortes ocorridas em 2002 e 30,4% em 2012. Em oposição ao ocorrido para os tumores malignos, em que se verificou um aumento de 2,9%, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório diminuiu 7,6% do total de mortes ocorridas. Em 2012, além das duas anteriormente referidas, entre as mais frequentes estão identificadas outras causas, doenças do aparelho respiratório (12,9%), diabetes mellitus (4,5%) e doenças do aparelho digestivo (4,2%) (INE, 2014b).

Na civilização moderna, a morte passou a ser encarada como um fenómeno contrário à vida, não sendo considerada com um acontecimento natural, constituinte da vida humana (Moura, 2011). O envelhecimento, a alteração do padrão das doenças e, consequentemente, uma morte mais tardia, faria supor um aumento do número de mortes no domicílio. No entanto, com os avanços científicos e tecnológicos, que permitem a resolução de diversas situações de doença, a morte passou a ser vista como um fracasso e impotência da medicina (Machado et al., 2011), o que originou mudança do local de morte do domicílio, com presença de familiares e amigos, para o hospital, local solitário. A morte no hospital torna-se, assim, anónima e impessoal (Moura, 2011).

Em Portugal, de forma similar ao verificado na generalidade dos países desenvolvidos, a maioria dos doentes morre no hospital, local organizado para o tratamento e cura da doença (Machado et al., 2011). Estes dados apresentam-se em dissonância com

diversos estudos realizados noutros países, demonstrando que mais de metade dos doentes exprime a vontade de serem tratados no domicílio na fase terminal (Franks et al., 2000).

A morte hospitalar começou a aumentar na Europa a partir da II Grande Guerra, tendência que se verifica em Portugal apenas a partir da década de 70, em que menos de 20% das mortes aconteciam no hospital. A maioria das mortes ocorrem em hospitais/clínicas, percentagem que tem vindo a aumentar, de 54,2% em 2000, para 61,4% em 2008. A percentagem de mortes ocorridas no domicílio, onde se incluem alojamentos privados, coletivos e afins, como os lares de 3ª idade, diminuiu de 35,8% em 2000, para 29,9% em 2008. (Machado et al., 2011). Em 2010, 61,7% das mortes da população portuguesa ocorreram no hospital, sendo que apenas 29,6% ocorreram no domicílio (Gomes et al., 2013).

A “hospitalização da morte”, não representa, contudo, o desejo da maioria dos indivíduos. Em Portugal, em 2010, dois terços das mortes ocorreram em hospitais/clínicas sendo que o hospital como preferência do local de morte é referenciado apenas por 8,2% dos indivíduos. Os resultados revelam uma diferença significativa entre as preferências e a realidade. O domicílio continua a ser a preferência de local de morte por 51,2%, seguido de 35,7% dos indivíduos que referem preferir uma unidade de Cuidados Paliativos. No total, 86,9% dos indivíduos preferem o domicílio e a unidade de Cuidados Paliativos como local de morte (Gomes et al., 2013).

O hospital é um mundo hostil, os ambientes hospitalares são desconhecidos, despersonalizados e, como tal, percebidos como ameaçadores. O hospital está preferencialmente vocacionado para a cura, isto é, no sentido da normalidade fisiológica e parece inadaptado para o cuidar como atividade orientada para o doente e família, no sentido de atender estes na satisfação e preservação do seu maior grau de funcionalidade, humanidade e dignidade. Habitualmente, o hospital não se encontra preparado para lidar com o doente terminal e a morte (Machado et al., 2011).

Apesar de a morte representar um ritual de passagem em que todos iremos participar – como doentes, familiares ou prestadores de cuidados – compreendemos apenas um pouco sobre o que é valorizado no fim de vida. Uma má morte é mais recusada pelos doentes e a família do que a morte propriamente dita. Uma má morte é caracterizada pela falta de oportunidade para planear antecipadamente, tratar de assuntos pessoais, diminuir a sobrecarga familiar ou dizer adeus (Steinhauser et al., 2000).

Vários autores têm examinado o fenómeno de “boa morte”, existindo diversas estruturas para conceptualizar o mesmo (Emanuel & Emanuel, 1998; Steinhauser et al., 2000; Doorenbos et al., 2006a). O Instituto de Medicina define “boa morte” como a morte livre de angústias e sofrimento do doente, família e cuidadores, em acordo com os desejos do

doente e da família e consistente com os padrões clínicos, culturais e éticos (Emanuel & Emanuel, 1998; Chochinov, 2006).

Apesar de não haver uma maneira “correta” para morrer, um estudo, diversas vezes referenciado e denominado *In search of a good death*, fez sobressair seis componentes fundamentais de uma “boa morte”, através dos aspetos mais valorizados pelos doentes, familiares e prestadores de cuidados (Steinhauser et al., 2000):

- Gestão da dor e outros sintomas;
- Tomada de decisão objetiva;
- Preparação para a morte;
- Realização;
- Contribuição para o bem-estar dos outros;
- Afirmção da pessoa como única e um todo.

Salienta-se ainda do estudo que, apesar de o cuidado biomédico se apresentar como fundamental, é apenas um ponto de partida para o cuidado total, que afirma as questões psicossociais e espirituais, descritas pelos doentes e familiares, como sendo igualmente importantes às questões fisiológicas (Steinhauser et al., 2000).

Em 2006, Beckstrand e colaboradores recolheram as sugestões dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre as barreiras e os fatores facilitadores para providenciar uma “boa morte”. A falta de tempo foi descrita como a mais frequente barreira para proporcionar uma boa morte. Outras barreiras descritas foram o reduzido número de enfermeiros, os desafios da comunicação e comportamentos da equipa médica e decisões de tratamento inapropriados. Em oposição, referem como facilitadores de uma “boa morte”:

- Modificar o ambiente para promoção de uma morte com dignidade;
- Estar presente;
- Gerir a dor e outros sintomas;
- Conhecer e seguir os desejos dos doentes;
- Promover a cessação ou evitar o início de tratamentos inapropriados e agressivos;
- Comunicar eficazmente, como uma equipa.

Mais recentemente, num estudo com o objetivo de examinar a qualidade dos instrumentos de avaliação da qualidade da morte, foram indicados sete domínios frequentemente identificados por doentes, famílias e prestadores de cuidados (Hales et al., 2010):

- 1) Físico;
- 2) Psicológico;
- 3) Social;
- 4) Experiência espiritual e existencial;
- 5) Natureza dos cuidados de saúde;
- 6) Proximidade e preparação para a morte;
- 7) Circunstâncias da morte.

Pode, assim, referir-se que a avaliação da qualidade da morte é determinada de forma subjetiva e influenciada por inúmeros fatores, nomeadamente cultura, tipo e estágio da doença, pelo que, doentes, familiares e prestadores de cuidados podem apresentar perspectivas únicas e válidas sobre a avaliação da mesma (Hales et al., 2010).

Outros autores têm vindo a examinar igualmente o conceito de “morte digna”, referindo que esta não constitui sinónimo de “boa morte”, mas um fator da mesma (Chochinov, 2006).

A dignidade apresenta-se como uma qualidade moral universal e inalienável da própria vida e pode ser entendida com merecedora de honra, respeito e estima. A dignidade pessoal é transitória e individualista e não pode ser confundida com a autonomia individual, com risco de alterar o valor dado à própria vida, pois a incapacidade de manutenção da independência ao morrer pode ser considerada uma perda de dignidade (Chochinov, 2006).

A dignidade passou, deste modo, a ser utilizada para várias práticas de cuidados em fim de vida, sendo em alguns casos, considerada sinónimo de suicídio assistido e eutanásia (Chochinov, 2006). Porém, a dignidade fornece, essencialmente, uma estrutura bastante abrangente que permite aos profissionais de saúde, doente e família, a definição de considerações e objetivos terapêuticos essenciais nos cuidados aos doentes terminais (Chochinov, 2002).

Durante a última década, diversos autores têm examinado os fatores que podem sustentar ou destruir o senso de dignidade do doente em fim de vida. Em 2002, Chochinov desenvolveu, através de um estudo qualitativo a doentes terminais, um modelo de base empírica, que fornece uma visão sobre o que influencia o desejo do doente continuar a viver face à morte iminente. Este modelo é considerado fundamental para os profissionais de saúde, pois alerta para uma ampla gama de problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais/existenciais que podem afetar a perceção individual de dignidade (Chochinov, 2006).

Pelo exposto, ajudar a alcançar uma “boa morte” ou “morte digna” apresenta-se como um dos mais importantes objetivos dos Cuidados Paliativos (Chochinov, 2002;

Miyashita et al., 2008; Gonçalves, 2009). Os Cuidados Paliativos foram, aliás, caracterizados como os cuidados que protegem e honram aqueles que estão a morrer e transmitem, por palavras e ações, a dignidade que reside em cada pessoa (Field & Cassel, 1997).

2. Os Cuidados Paliativos

Os desenvolvimentos técnicos e científicos progressivos da medicina e das condições de vida ao longo do século XX originaram o envelhecimento da população e aumento da longevidade e do número de doenças crónicas. Simultaneamente, a cura da doença passou a ser o principal foco dos serviços de saúde, o que resulta no arrastamento das situações crónicas e consequente prolongamento do processo da morte (Barbosa & Neto, 2006; Moura, 2011).

Contudo, quando as possibilidades de tratamento se esgotam, e a progressão da doença se torna constante, os objetivos terapêuticos alteram-se. Assim, quando os tratamentos curativos se tornam desnecessários e inúteis, deve optar-se pela promoção do conforto do doente e da família, com vista à qualidade de vida (e da morte). Neste sentido, os Cuidados Paliativos tornam-se a melhor escolha (Moura, 2011).

O termo Paliativo deriva do latim *pallium*, cujo sentido remete para capa, manto, capote, ou seja, proteger, abrigar. Os Cuidados Paliativos representam os cuidados totais e ativos aos indivíduos com doença incurável em fase avançada, assim como às famílias, com o objetivo de promover o conforto, o alívio do sofrimento e a qualidade de vida, independentemente da origem dos sintomas: físicos, psicológicos ou espirituais. Estes cuidados devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar, com formação específica e treino adequado, com base nas necessidades dos doentes e famílias (Twycross, 2003).

Apesar de os “hospices”, locais onde eram prestados cuidados aos moribundos, existirem desde o século XIX, o movimento moderno dos Cuidados Paliativos inicia-se a partir de 1950. Desde essa altura, verificou-se um crescente interesse relacionado com a perda e o luto, começaram a surgir novas organizações de voluntariado, com orientação para os problemas emocionais, pessoais e psicológicos dos doentes e suas famílias (Council of Europe, 2003).

Na década de 60, Cicely Saunders defendia que cuidar de doentes em fim de vida se tratava de um direito humano. Cicely Saunders formou-se em enfermagem no St. Thoma's Hospital em Londres. Posteriormente, por doença, abandonou o exercício profissional, tornando-se assistente social, mantendo, contudo, a permanência junto dos doentes em fim de vida, no Saint Luke's Hospital. Após terminar o curso de Medicina, obtém uma bolsa de estudo no Saint Mary's Hospital, onde se debruça sobre o tratamento da dor em doentes

incuráveis. No St. Joseph's Hospital aplicou todos os conhecimentos obtidos no controlo da dor e outros sintomas nos doentes em situação terminal. *A posteriori*, publicou diversos artigos inovadores relacionados com o cuidar do doente em fim de vida. Cicely Saunders contribuiu, assim, com mudanças na abordagem do controlo sintomático, bem como na identificação das necessidades sociais dos doentes e famílias. Derivado desta abordagem surgiu o conceito de dor total, associando a dor física à dor social, psicológica e espiritual (Council of Europe, 2003).

Em 1967 ocorreu a abertura do primeiro “*hospice*”, o St. Christopher's Hospice, com diversos sistemas de prestação de cuidados, nomeadamente apoio domiciliário, suporte familiar e apoio no luto, assim como capacidade para formação. Além de Cicely Saunders, em Inglaterra, também Elisabeth Kubler-Ross, nos EUA, foi considerada pioneira do movimento moderno dos Cuidados Paliativos (Council of Europe, 2003).

Em Portugal, os Cuidados Paliativos iniciaram a sua atividade apenas nos anos 90, pelo que é considerada bastante recente quando comparada com a realidade dos restantes países europeus. A introdução dos Cuidados Paliativos ocorreu, não pela iniciativa estruturada do governo, mas pelo interesse de pioneiros pelo tratamento da dor crónica e garantia da continuidade de cuidados a doentes em fases avançadas de doenças incuráveis. Em 1992 surgiu o primeiro serviço de Cuidados Paliativos, ainda em atividade, localizado no Hospital do Fundão, inicialmente designado como Unidade de Dor. Em 1994 foi criado, no Instituto Português de Oncologia, no Porto, o serviço de Cuidados Paliativos, direcionado a doentes oncológicos e, em 2001, em Coimbra. A primeira equipa domiciliária de cuidados continuados, que incluíam Cuidados Paliativos, foi criada em 1996 (Marques et al., 2009). Em 1995 surgiu a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), que visa dinamizar os Cuidados Paliativos em Portugal, trabalhando em articulação com organizações e profissionais de saúde, com vista a garantir a qualidade e credibilização das estruturas que prestam Cuidados Paliativos. Paralelamente, a APCP tem vindo a reforçar os Cuidados Paliativos como um direito de todo e qualquer cidadão. Em 2004, o Ministério da Saúde publica o Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Contudo, até à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2006, não existia em Portugal um sistema nacional, organizado e articulado com os cuidados de saúde hospitalares e primários, para a prestação de cuidados continuados. Esta lacuna foi reconhecida durante a década de 90, no entanto as respostas criadas demonstraram-se insuficientes e ineficazes. Para a criação do sistema articulado, até à criação da RNCCI, foi iniciado, em 2003, a Rede de Cuidados Continuados. Contudo, só a partir de 2006 se verificou, em Portugal, um

progressivo desenvolvimento da prestação de Cuidados Continuados Integrados (Entidade Reguladora de Saúde, 2013).

Os Cuidados Paliativos partem do pressuposto de que cada doente possui a sua própria história, relações e cultura e, como indivíduo único, é digno de respeito (Davies & Higginson, 2004).

Até à década de 80, os Cuidados Paliativos eram utilizados como sinónimos de cuidados terminais e estavam intimamente ligados às unidades de oncologia e ao período imediato antes da morte ocorrer. Atualmente existe ainda a utilização indiscriminada dos dois termos. A European Association for Palliative Care (EAPC), num documento com recomendações sobre Cuidados Paliativos na Europa, sublinha a importância de diferenciar e clarificar as diversas terminologias, utilizadas, erroneamente, como sinónimos. A EAPC define assim *Cuidados Paliativos (Palliative Care)* como os cuidados ativos e totais ao doente que não responde aos tratamentos curativos. Acrescenta que o controlo da dor e de outros sintomas, assim como problemas sociais, psicológicos e espirituais são fulcrais. Os Cuidados Paliativos são providenciados por uma equipa multidisciplinar e pretendem preservar a qualidade de vida dos doentes até ao momento da sua morte. Outro termo clarificado pela EAPC é *cuidados em fim de vida (End-of-life Care)*, que deverá ser usado como sinónimo de Cuidados Paliativos, período de vida em que doente, família e profissionais de saúde se consciencializam da natureza limitadora de vida da doença. Por sua vez, o termo *cuidados terminais* perdeu relevância, por ser restrito a determinado grupo de doentes. Assim, a EAPC considera que não deverá ser utilizado o termo, ou ser utilizado apenas nos últimos dias da doença (Radbruch & Payne, 2009).

Em 2006, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, avaliação e gestão da dor, bem como de outros problemas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. O seu principal objetivo é o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida do doente, e devem ser prestados desde o diagnóstico até à fase terminal, em qualquer fase da doença, incluindo o luto.

A International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) acrescenta que os Cuidados Paliativos são centrados no doente e não na doença, não se preocupando nem com o prolongamento, nem com o encurtamento da mesma. O objetivo é uma abordagem holística que visa abordar os problemas físicos e biopsicossociais do doente (Doyle & Woodruff, 2013).

Apesar das diferentes abordagens e conceitos associados aos Cuidados Paliativos, diversos princípios e valores comuns foram identificados, como sejam, autonomia, dignidade, relação entre doente e profissionais de saúde, qualidade de vida, posição perante a vida e a morte, comunicação, educação da comunidade, abordagem multi e interdisciplinar, tristeza e luto (Radbruch & Payne, 2009; Radbruch & Payne, 2010).

A essência dos Cuidados Paliativos exige respeito mútuo e cooperação entre o doente, a família e a equipa de profissionais de saúde, que se manifesta através da honestidade e acessibilidade por parte dos diversos profissionais envolvidos, assim como capacidade para ouvir e explicar as diversas alternativas de tratamento, estabelecimento de prioridades e objetivos (Twycross, 2003).

As áreas fundamentais a ser desenvolvidas pelos Cuidados Paliativos (Council of Europe, 2003; Twycross, 2003; Portugal. DGS, 2004; Barbosa & Neto, 2006) sintetizam-se em:

- Controlo dos sintomas;
- Comunicação adequada;
- Apoio à família;
- Trabalho em equipa.

Os Cuidados Paliativos e a sua filosofia têm vindo a ser desenvolvidos de forma progressiva, sendo perspectivada, como referido por Cicely Saunders e pela Comunidade Europeia como um direito humano (Council of Europe, 2003; Ahmedzai et al., 2010).

2.1. Organização

Segundo a IAHP, não existe um modelo único de prestação de cuidados paliativos. Contudo, a IAHP recomenda a existência de serviços de referência, adequados às necessidades e recursos locais (Doyle & Woodruff, 2013).

No sentido de clarificar os conceitos relativos a Cuidados Paliativos, descrever os diversos modelos de organização de Cuidados Paliativos existentes na Europa e melhorar a qualidade dos serviços existentes em Portugal, a APCP criou, em 2006, um documento com Recomendações para Organização de Serviços (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006).

A EAPC propõe a estratificação dos cuidados em quatro níveis: *Palliative care approach*, *General palliative care*, *Specialist palliative care* e *Centres of excellence*. Estes níveis diferem pela capacidade de resposta a situações mais ou menos complexas e pela formação e especialização dos profissionais (Radbruch & Payne, 2010). Neste mesmo sentido, o Plano

Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), adotou, respetivamente, as seguintes designações: *Ação Paliativa* e *Cuidados Paliativos de níveis I, II e III* (Portugal. DGS, 2004).

As ações paliativas correspondem à prestação genérica de ações paliativas, sem recurso a equipas ou serviços diferenciados e representam o nível básico de palição. Por sua vez, os Cuidados Paliativos de níveis I, II e III dizem respeito a ações organizadas e planificadas, ambos prestados por serviços com formação diferenciada. Os Cuidados Paliativos de nível I são prestados por equipas multidisciplinares, diretamente ou por apoio técnico a outras equipas. Estruturam-se como Equipas Intra-hospitalares ou Domiciliárias de Suporte em Cuidados Paliativos. Os Cuidados Paliativos de nível II implicam a prestação direta de cuidados e/ou apoio efetivo nas 24 horas. Por último, os centros de elevada diferenciação, assumindo-se como centros de referência na prestação de cuidados, na formação e na investigação em Cuidados Paliativos, dizem respeito aos Cuidados Paliativos de nível III (Portugal. DGS, 2004).

Uma organização integrada de Cuidados Paliativos inclui a RNCCI, Hospitais e Cuidados Primários, de modo a adaptar-se às características regionais e locais, dado que se admite que as áreas urbanas diferem das do interior pela distribuição da população. Assim, e em correspondência com a estratificação dos cuidados anteriormente referida, os tipos de respostas em Cuidados Paliativos podem incluir *medidas gerais*, que devem ser adotadas por todos os serviços com vista à melhoria da prestação de cuidados, nomeadamente, formação e protocolos, e *medidas específicas*, através das equipas de suporte multidisciplinar (no hospital ou no domicílio) e das unidades, em hospitais e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (Portugal. DGS, 2004).

As diversas associações de Cuidados Paliativos recomendam a existência de apoio domiciliário, de internamento - Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) - e equipas de apoio ou suporte hospitalar (Radbruch & Payne, 2009; Doyle & Woodruff, 2013).

As UCP são específicas para o tratamento e cuidados aos doentes em Cuidados Paliativos. Apresenta-se como uma enfermaria adjacente ou enquadrada no hospital, embora possa existir autonomamente. O seu objetivo é o alívio dos sintomas, estabilização do estado funcional do doente e o apoio à família. Além de internamento, providenciam serviços de centro de dia e apoio ao domicílio e no luto aos doentes com menores necessidades de assistência, assim como serviços de consultadoria e educação. Estão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana, devendo existir, preferencialmente, aconselhamento via telefone, durante as 24 horas, por profissionais de saúde (Radbruch & Payne, 2010; Entidade Reguladora de Saúde, 2013).

As UCP requerem uma equipa multiprofissional com diversos profissionais de saúde com formação especializada em Cuidados Paliativos. A equipa nuclear deverá ser constituída por médicos e enfermeiros, com colaboração de psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e capelães (Radbruch & Payne, 2010; Entidade Reguladora de Saúde, 2013). Em Portugal, existiam, em 2013, 18 UCP (Entidade Reguladora de Saúde, 2013).

As equipas de suporte hospitalar providenciam apoio e aconselhamento em cuidados paliativos aos profissionais de saúde dos diversos serviços do hospital, assim como alívio de sintomas dos doentes e apoio aos doentes e respetiva família. A equipa é composta, no mínimo, por um médico e um enfermeiro com formação especializada em Cuidados Paliativos (Radbruch & Payne, 2010). As equipas de suporte hospitalar podem ser Equipas de Gestão de Altas (EGA) ou Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) (Portugal. DGS, 2004; Entidade Reguladora de Saúde, 2013).

A EGA é uma equipa que referencia doentes para a RNCCI, com sede num hospital de agudos. No mínimo, deverá integrar um médico, um enfermeiro e um assistente social, podendo integrar outros profissionais. De acordo com o número 1 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, *“é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar”* (Entidade Reguladora de Saúde, 2013, p. 46).

A EIHSCP, conforme o n.º 1 do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, deverá ser composta por uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos, que, além de um médico e de um enfermeiro, deverá integrar um psicólogo, com formação em Cuidados Paliativos. Deve ter espaço físico próprio para coordenação de atividades. Conforme o estabelecido pelo n.º 2 do mesmo artigo e diploma, esta equipa *“tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação”* (Entidade Reguladora de Saúde, 2013, p. 46)

De acordo com o artigo 26.º do referido diploma, as EIHSCP devem assegurar:

- a) *Formação em cuidados paliativos, dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;*
- b) *Cuidados médicos e de enfermagem continuados;*
- c) *Tratamentos paliativos complexos;*
- d) *Consulta e acompanhamento de doentes internados;*
- e) *Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;*

f) *Cuidados de fisioterapia;*

g) *Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto*
(Entidade Reguladora de Saúde, 2013, p. 46)

Em Portugal, em Setembro de 2012, de acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, existiam um total de 80 EGA, em todos os hospitais do SNS. No que concerne às EIHS CP, totalizavam, em 2012, 25 equipas, 11 em Lisboa e Vale do Tejo, seis no Algarve, quatro no Norte e quatro no Alentejo (Entidade Reguladora de Saúde, 2013).

As equipas domiciliárias podem ser Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) ou Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) (Entidade Reguladora de Saúde, 2013).

A ECCI é, segundo o n.º 1 do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, *“uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”* (Entidade Reguladora de Saúde, 2013, p. 47).

A ECSCP é, de acordo, respetivamente, com o n.º 1 e 2 do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho *“uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro e tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção”* (Entidade Reguladora de Saúde, 2013, p. 47).

Em Portugal, em Agosto de 2012, existiam 245 ECCI, com maior concentração na região Norte, seguida de Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Alentejo e Algarve. Em Setembro de 2012, existiam apenas 5 ECSCP: três no Alentejo, uma no Norte e outra no Centro (Entidade Reguladora de Saúde, 2013).

A criação da RNCCI em Portugal, onde decorre a implementação dos recursos de Cuidados Paliativos, pretende concorrer para uma melhor cobertura geográfica das necessidades populacionais. Estima-se que, em Portugal, conforme dados demográficos de 2007 do Instituto Nacional de Estatística, cerca de 62000 doentes apresentem necessidade de Cuidados Paliativos. Serão necessárias 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários, as quais necessitarão de cerca de 266 médicos e 465 enfermeiros, e 102 EIHS CP, com necessidade de 204 médicos e 357 enfermeiros com dedicação e formação específicas.

Estima-se ainda a necessidade de 1062 camas, distribuídas em tipologias de recursos diferentes, 319 em hospitais de agudos (28 unidades), 531 em instituições direcionadas para doentes crónicos (46 unidades) e as restantes, em lares (Capelas, 2009).

Estes dados obtidos por estimativa, revelam que Portugal se encontra aquém do recomendável em comparação com as recomendações internacionais neste domínio (Capelas, 2009).

2.2. Tipologia e Necessidades

Com o envelhecimento da população e a mudança do curso das doenças, a população desenvolveu diferentes necessidades. Tradicionalmente, no início do seu desenvolvimento, os Cuidados Paliativos dirigiam-se a doentes com cancro, dado a maior previsibilidade do curso da doença, que permitia um melhor reconhecimento e planeamento das necessidades do doente e da família. Mais recentemente, foi estabelecido que os cuidados deveriam ser disponibilizados com base nas necessidades, em detrimento do diagnóstico ou prognóstico (Davies & Higginson, 2004; Radbruch & Payne, 2010).

Apesar de, na Europa, os Cuidados Paliativos serem providenciados, predominantemente, a doentes com cancro avançado, doentes com outras patologias, nomeadamente Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)/Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida (SIDA), doença de Alzheimer e outras demências, doenças cardiovasculares (excluindo morte súbita), cirrose hepática, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, insuficiência renal, esclerose múltipla, doença de Parkinson e artrite reumatoide deverão ter acesso aos Cuidados Paliativos, conforme preconizado pela OMS (Connor & Bermedo, 2014).

Em 2011, ocorreram, em todo o Mundo, aproximadamente 54,6 milhões de mortes, sendo 66% por doenças não transmissíveis. Mais de 29 milhões das mortes ocorridas correspondiam a doenças com necessidades de Cuidados Paliativos (Connor & Bermedo, 2014).

Estima-se que cerca de 20,4 milhões de pessoas necessitam de Cuidados Paliativos no fim de vida. Desses 20,4 milhões, cerca de 94% correspondem a adultos – 69% com idade superior a 60 anos e 25% entre os 15 e os 59 anos – e 6% a crianças. A Europa e regiões do Pacífico Ocidental apresentam as taxas mais elevadas de pessoas com necessidades de Cuidados Paliativos. Com base em estimativas, anual e globalmente, cerca de 377 adultos em cada 100.000 habitantes com mais de 15 anos de idade, e 63 crianças em cada 100.000 habitantes com menos de 15 anos de idade vai exigir Cuidados Paliativos no fim da vida. O número global estimado de adultos com necessidade de Cuidados Paliativos no fim da vida

é superior a 19 milhões. A maioria (69%) corresponde a adultos mais velhos, com ligeiro predomínio do sexo masculino (Connor & Bermedo, 2014).

A maioria dos adultos com necessidades de Cuidados Paliativos teve como causa de morte doenças cardiovasculares (38,5%) e cancro (34%), seguidas de doenças respiratórias crónicas (10,3%), VIH/SIDA (5,7%) e diabetes (4,5%). Os que morreram por VIH/SIDA estavam concentradas entre os 15 e os 59 anos, enquanto os que morreram por doença de Alzheimer, Parkinson, doenças respiratórias crónicas, doenças cardiovasculares, diabetes, artrite reumatoide e cancro tinham predominância de idade superior a 60 anos (Connor & Bermedo, 2014).

A maioria dos doentes de Cuidados Paliativos irá sofrer de dor, dispneia e outros sintomas físicos e, com a progressão da doença, irão necessitar de apoio psicológico e espiritual. O tempo de tratamento varia entre dias a anos, no entanto, com o avanço da medicina, muitos desses doentes irão necessitar de Cuidados Paliativos por períodos mais longos e não apenas no último ano da sua vida (Radbruch & Payne, 2010).

Apesar das diferenças individuais existentes entre as diversas doenças e as implicações das mesmas na qualidade de vida, estudos demonstram que, no último ano de vida, muitos sintomas e problemas são similares (Radbruch & Payne, 2010; Ellershaw & Wilkinson, 2011).

Solano e colaboradores (2006) realizaram uma revisão sistemática em livros e bases de dados médicas e identificaram 64 estudos originais, com vista a verificar a existência de padrões semelhantes entre doenças oncológicas e não-oncológicas. A análise dos dados permitiu identificar 11 sintomas – anorexia, ansiedade, confusão, depressão, diarreia, dispneia, dor, fadiga, insónia, náuseas e obstipação – frequentemente tão comuns entre doentes com insuficiência cardíaca, DPOC, insuficiência renal, SIDA e doentes terminais com cancro. Dos 11 sintomas identificados, dor, dispneia e fadiga eram comuns em mais de 50% dos doentes das cinco patologias. Os dados apresentados demonstraram um padrão semelhante em pessoas com doenças avançadas progressivas. Isto sugere que os Cuidados Paliativos são relevantes nas 5 patologias, embora existam aspetos da avaliação e gestão das doenças que necessitem de modificações (Solano et al., 2006).

Num outro estudo, realizado por Carneiro e colaboradores (2011), em que comparavam os cuidados prestados aos doentes com situações clínicas avançadas numa Unidade de Medicina Interna de um Hospital com os cuidados prestados a doentes de um Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) de um Instituto de Oncologia no Norte de Portugal, identificaram alguns problemas que poderão ter uma abordagem similar, apesar de não se poder extrapolar totalmente as características do doente oncológico para o doente crónico

avanzado. De acordo com os dados obtidos, em ambos os serviços, os sintomas mais registados foram a dor, a dispneia e os problemas gastrointestinais. Por sua vez, nos doentes do SCP foi registado um maior número de doentes com xerostomia, fadiga e insónia (Carneiro et al., 2011).

Assim sendo, os Cuidados Paliativos são apropriados para qualquer doente e/ou família a vivenciar uma doença ameaçadora de vida, derivado de qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, independentemente da idade (Radbruch & Payne, 2010).

Apesar do anteriormente referido, os Cuidados Paliativos continuam a ser prestados maioritariamente a doentes oncológicos. A principal barreira para aumentar a acessibilidade dos Cuidados Paliativos a doenças não-oncológicas parece estar relacionada com a dificuldade em definir o *status* paliativo e a previsão do tempo até à morte. Contudo, a EAPC defende não existir um ponto específico de transição entre o cuidado curativo e o paliativo e que os Cuidados Paliativos são apropriados para todos os indivíduos com doença debilitante ou ameaçadora de vida (Radbruch & Payne, 2010).

Outra razão apontada para a não aplicação dos Cuidados Paliativos aos doentes não-oncológicos é a trajetória das diversas doenças. Muitos doentes irão necessitar de Cuidados Paliativos apenas em doença avançada, enquanto que outros irão requerer os Cuidados Paliativos mais cedo na trajetória da doença, para controlo de crises. A transição, ao invés de ser num exato momento, é, frequentemente, gradual, dado que os objetivos de tratamento alteram-se, de prolongamento da vida para preservação de qualidade de vida (Radbruch & Payne, 2010).

Como referido anteriormente, a maioria das pessoas adquire uma doença grave progressiva, sendo as mais frequentes, a doença cardiovascular, o cancro e doenças respiratórias, que interferem com as atividades diárias até à morte (Murray et al., 2005).

Em 1968, Glaser e Strauss descreveram diversas trajetórias de morte (Murtagh et al., 2004):

- 1) Morte abrupta e repentina;
- 2) Morte “entrada-reentrada”, isto é, envolvendo deteriorações agudas frequentes, com admissão hospitalar e com declínio subjacente;
- 3) Morte esperada com duração variada (curto-prazo e persistente).

De encontro ao referido por Glaser e Strauss, em 1968, Murray e colaboradores (2005) descreveram três trajetórias típicas das diversas doenças crónicas progressivas:

- 1) Uma trajetória com constante progressão, geralmente com uma fase terminal clara (normalmente cancro);

- 2) Uma trajetória com declínio gradual, envolvendo episódios de deterioração aguda e alguma recuperação, com morte aparentemente súbita e inesperada (comum nas insuficiências cardíaca e respiratória);
- 3) Uma trajetória com declínio gradual prolongada (típica de pessoas idosas frágeis ou pessoas com demência).

A abordagem da trajetória permite uma visão geral, contudo, os doentes não devem ser simplesmente enquadrados numa categoria, sem qualquer avaliação posterior. A taxa de progressão pode variar, dado que circunstâncias sociais e familiares e mesmo outras doenças podem interferir, modificando prioridades e necessidades. Algumas doenças podem, inclusive, não seguir qualquer trajetória, por exemplo, um Acidente Vascular Cerebral, que pode resultar em morte súbita ou causar um declínio agudo semelhante ao ocasionado pelo cancro. Outro exemplo é a ocorrência de múltiplas doenças que possam seguir duas trajetórias em simultâneo, como é caso de cancros com progressão lenta (Murray et al., 2005).

Estudos de base populacional, utilizando amostras de morte aleatórias, indicam um maior número de sintomas no último ano de vida de doentes com patologia progressiva não oncológica do que oncológica, não apenas pela maior prevalência de sintomas, como derivado da trajetória de declínio mais prolongado em doenças não oncológicas. As diferentes variações das trajetórias das doenças nos diversos diagnósticos interferem com a forma de enquadrar os Cuidados Paliativos com a necessidade de cada doente, pelo que as trajetórias deverão ser melhor definidas e compreendidas, com necessidade de investigação continuada, tanto sobre a epidemiologia e sintomas, problemas de comunicação e outras necessidades de Cuidados Paliativos nas diversas doenças (Murtagh et al., 2004).

Com as diversas trajetórias das doenças, aliado à dificuldade no estabelecimento de um prognóstico em doenças crónicas não-oncológicas, diversos doentes com patologias avançadas e progressivas, com necessidades de Cuidados Paliativos, têm sido internados em serviços de medicina interna, com uma população heterogénea (Sigurdardottir & Faksvåg Haugen, 2008).

Num estudo realizado no Reino Unido, no Royal Hallamshire Hospital, em Sheffield, cujo objetivo era identificar a proporção de doentes considerados pelos médicos e enfermeiros assistentes num Hospital de Agudos com necessidades em Cuidados Paliativos, constatou-se a existência de divergências na determinação dos doentes com necessidades de Cuidados Paliativos. Os doentes identificados apenas pela equipa de enfermagem tinham menor probabilidade de ter diagnóstico oncológico do que os doentes diagnosticados apenas pela equipa médica. Os doentes considerados por ambas as equipas como tendo necessidades

de Cuidados Paliativos eram doentes terminais e tinham diagnóstico oncológico (Gott et al., 2001).

Num estudo transversal mais recente realizado no Haukeland University Hospital, na Noruega, foram identificados num só dia os doentes com necessidades de Cuidados Paliativos nos departamentos de Medicina Interna, Pneumologia e Cardiologia, sendo evidenciada a existência de 79 doentes com necessidade de Cuidados Paliativos, num total de 232 internados. Foram definidos como “paliativos”, os doentes com doença crónica avançada, limitadora de vida e como objetivo principal de tratamento o alívio de sintomas. Os 79 doentes identificados com necessidades de Cuidados Paliativos possuíam diversos diagnósticos, nomeadamente 36 com doença cardiovascular, 19 com doença oncológica, 19 com DPOC e 4 com Insuficiência Renal Crónica. Estes doentes apresentavam sintomas mais graves, requerendo medidas de controlo sintomático ativas e frequentes. Os sintomas mais dominantes foram dispneia (70%) e fadiga (56%), seguidos de dor à movimentação (43%), consistentes com os valores apresentados no estudo de Solano e colaboradores, em que dor, dispneia e fadiga eram os sintomas mais frequentes. Isto releva a importância de uma avaliação sintomática mais objetiva, através da aplicação da Edmonton Symptom Assessment System (Sigurdardottir & Faksvåg Haugen, 2008).

Os autores concluem que mais de um terço dos doentes do serviço de Medicina Interna foram definidos como paliativos e que a maioria apresentava sintomas severos. Isso aponta para a necessidade da existência de profissionais com formação especializada em Cuidados Paliativos nas enfermarias destes serviços (Sigurdardottir & Faksvåg Haugen, 2008).

Embora seja reconhecida a importância da educação e formação na melhoria das habilidades básicas de Cuidados Paliativos, segundo Weissman & Meier (2011) é pouco provável que provoque alterações substanciais nos padrões de prática. A educação será um componente de um sistema de mudança mais abrangente, combinado com algoritmos de avaliação e tratamento baseados em evidências e listas de tarefas-chave, entre outros.

O uso de listas de verificação em hospitais tem obtido maior aceitação, dado que a sua utilização rigorosa pode ocasionar resultados de qualidade, nomeadamente redução de infeções e melhora na comunicação da equipa. Programas de Cuidados Paliativos têm desenvolvido listas de verificação como meio de identificar a maioria dos doentes com necessidades de cuidados mais específicos. O Centro para Cuidados Paliativos Avançados reconheceu a lacuna entre o que as equipas de Cuidados Paliativos podem oferecer e quais as reais necessidades de Cuidados Paliativos (Weissman & Meier, 2011).

De acordo com o PNCP devem considerar-se como critérios de prioridade de intervenção e referenciação para as Unidades/Equipas de Cuidados Paliativos (Portugal. DGS, 2004):

- *“Idade jovem;*
- *Antecedentes de doença psiquiátrica ou toxicodependência, pluripatologia ou concomitância de doenças crónicas;*
- *Evolução rápida ou com crises frequentes;*
- *Necessidade de utilização frequente de recursos;*
- *Sintomas (dor ou outros) múltiplos, intensos, específicos (hemorragias, dispneia, alterações comportamentais, etc.) ou refratários ao tratamento convencional;*
- *Indicação de intervenções complexas de Cuidados Paliativos. Grande impacto emocional com dificuldades de equilíbrio emocional do doente ou família;*
- *Dificuldades de suporte familiar ou do cuidador principal”.*

As EIHSCP devem assumir um papel central na identificação e referenciação de doentes para outros serviços de Cuidados Paliativos. Devem ainda promover a articulação com as ECSCP, de modo a promover a continuidade de cuidados entre o domicílio, os Centros de Saúde e o Hospital (Portugal. DGS, 2004).

Os doentes com necessidades de cuidados a serem prestados na RNCCI, segundo as recomendações, deveriam ser sinalizados nas primeiras 48 horas, a fim de que no processo de alta, todo o processo se encontrasse concluído. Contudo, os relatórios demonstram alguns constrangimentos, nas diversas fases da referenciação, que têm contribuído para uma menor celeridade na admissão na RNCCI (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

A identificação dos doentes com necessidades de Cuidados Paliativos apresenta-se como um desafio para os profissionais de saúde. A falta de reconhecimento da necessidade de Cuidados Paliativos pode resultar em intervenções desnecessárias, internamentos inapropriados, com potencial impacto económico, tratamentos desadequados, assim como redução da qualidade de vida do doente.

Os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de cuidar e apoiar ativamente os doentes na sua fase final de vida. Assim, deverão encontrar-se formas de avaliar essas mesmas necessidades, dado que a opinião do doente sobre as suas necessidades, frequentemente, diferem das referidas pela família e profissionais de saúde que cuidam dele. Problemas físicos, de índole espiritual, incerteza da progressão da doença, problemas quotidianos e família, são diversas preocupações sentidas pelos doentes em Cuidados Paliativos (Davies & Higginson, 2004).

3. A Enfermagem centrada no processo de “Morrer com Dignidade”

Enfermagem tem por objetivos prestar cuidados ao ser humano ao longo do seu ciclo vital, com vista à melhoria ou recuperação da saúde, de forma a atingir a sua máxima capacidade funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Os Cuidados de Enfermagem englobam as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais, de modo a atingir um determinado resultado (Ordem dos Enfermeiros, 2004). O exercício da profissão faz-se, assim, de forma autónoma, quando o enfermeiro é responsável pela prescrição e implementação de uma intervenção ou de forma interdependente, quando a intervenção é prescrita por outro técnico da equipa, assumindo o enfermeiro apenas a responsabilidade da sua implementação (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A enfermagem afirma-se, deste modo, como uma disciplina autónoma no que concerne ao corpo de conhecimentos, com uma área de intervenção própria, com vista à resposta aos processos de vida, aos problemas de saúde e às transições que indivíduos, famílias e grupos enfrentam ao longo do seu ciclo vital. Neste âmbito, procura-se a máxima independência na realização das atividades diárias e a satisfação das necessidades humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2007), nas suas diversas dimensões: física, psicológica, emocional, cultural e espiritual (Becker, 2009c). A Enfermagem é, deste modo, vista simultaneamente como arte e ciência, que envolve o cuidar do ser humano e detém quatro responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restaurar a saúde e aliviar o sofrimento (International Council of Nurses, 2012).

Em Portugal, o exercício da profissão de enfermeiro remonta a finais do século XIX. A partir da 2.^a metade do século XX sucederam diversas modificações nas competências exigidas aos enfermeiros e no nível de formação académica e profissional exigida e, por essa razão, tem vindo a ocorrer o desenvolvimento de uma prática profissional progressivamente mais exigente, complexa e diferenciada (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Atualmente os enfermeiros constituem um grupo profissional e científico com relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade. Em simultâneo, tem-se verificado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos, induzido pelo desenvolvimento da investigação em enfermagem e pela afirmação da autonomia da enfermagem na prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Pela complexidade e especificidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros recomenda a existência de indicadores de qualidade e produtividade para avaliação qualitativa e quantitativa dos cuidados prestados, tendo como base as boas práticas

profissionais e os padrões de qualidade, obtidos através da Documentação de Cuidados de Enfermagem (DCE) disponível, nomeadamente, no Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) – o SAPE (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Tem-se assistido, nas últimas décadas, ao aumento da quantidade de informação produzida na área da saúde. Os sistemas de cuidados de saúde, pela complexa e permanente evolução e mudanças a que são sujeitos, requerem SI capazes de promover a utilização de informação de qualidade (Silva, 2001).

A informação em saúde influencia, de modo determinante, a decisão sobre os cuidados de saúde, cuja finalidade é a melhoria da qualidade dos cuidados disponibilizados. Deste modo, a informação disponível para a decisão influencia diretamente a qualidade da decisão produzida. Neste mesmo sentido, e igualmente ao referido anteriormente, tem-se verificado um aumento da quantidade de informação produzida e documentada pelos enfermeiros, facto que traduz a evolução da enfermagem como profissão e disciplina, e a evolução dos desafios que os doentes colocam aos serviços de saúde e aos enfermeiros (Doenges & Moorhouse, 1992). Estes desafios estão associados ao aumento da prevalência das doenças crónicas e da esperança média de vida.

A crescente importância e emergência da informatização dos serviços de saúde e a relevância verificada da informação para o processo de tomada de decisão, requer um sistema de gestão da informação eficaz, que permita a produção de conhecimento a partir dos registos de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007), que deverão incorporar a documentação sistemática das necessidades de cuidados, assim como as intervenções e resultados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2004). O SIE considera-se fulcral não apenas para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados e para a tomada de decisão, como para a gestão, a formação e a investigação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

O modelo de SIE deverá adotar os processos inerentes ao Processo de Enfermagem que, embora dinâmico, interactivo e holístico, apresenta-se como sistemático e inclui 6 etapas: avaliação inicial, diagnóstico, identificação dos resultados, planeamento dos cuidados, implementação e avaliação (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Através da recolha e análise inicial de dados, os enfermeiros identificam as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes, evoluindo de seguida para o planeamento da intervenção, seguido da sua avaliação, tendo por base a melhor evidência disponível (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Em função do desafio que a gestão da informação no âmbito da saúde cria aos profissionais de saúde, o International Council of Nurses (ICN) desenvolveu e adotou uma taxonomia (CIPE[®]), inscrita no âmbito das taxonomias em saúde da OMS, e que, em

Portugal, está em uso no SIE em contexto hospitalar (SAPE). O SAPE utiliza como taxonomia a versão β_2 da CIPE®. A CIPE®, enquanto taxonomia, facilita a recolha e análise de dados relativos aos cuidados de Enfermagem entre diferentes populações, serviços de saúde, idiomas e regiões geográficas. Os dados originados pela utilização da CIPE® podem sustentar a tomada de decisão, sendo um contributo para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados. A CIPE® é um instrumento complexo e abrangente, que inclui milhares de termos (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

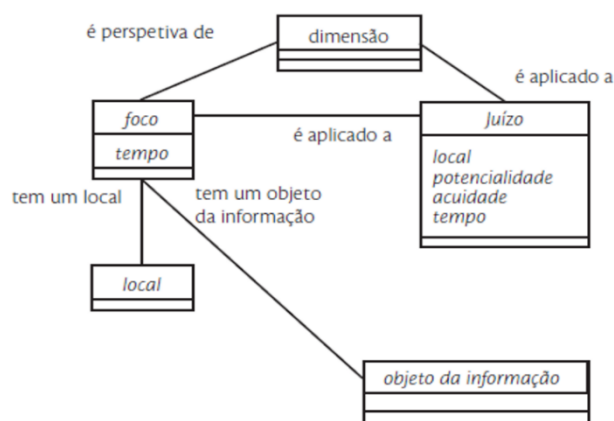
A CIPE® baseia-se na norma International Standard Organization (ISO) 18104, de 2003, da Organização Internacional de Normalização para a elaboração de enunciados de diagnóstico, resultado e intervenções de Enfermagem. Esta norma pretende garantir a utilização e articulação da terminologia de Enfermagem com outros profissionais de saúde, de modo a promover o avanço dos registos de informação eletrónicos da Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009) e providenciar um modelo de Saúde de referência mais unificado (Saba et al., 2003).

De acordo com a CIPE®, um diagnóstico de Enfermagem é *“um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação”*. Por sua vez, os resultados de Enfermagem CIPE® definem-se como *“a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 14), isto é, o resultado das intervenções de Enfermagem após mudanças efetuadas nos diagnósticos de Enfermagem (International Council of Nurses, 2001). Para criar enunciados de diagnóstico ou de resultado de Enfermagem, com base no modelo ISO e o Modelo de 7 Eixos da CIPE®, recomendam-se as seguintes linhas de orientação (International Council of Nurses, 2005):

1. Um termo do Eixo do Foco;
2. Um termo do Eixo do Juízo;
3. Termos adicionais dos eixos Foco, Juízo ou outros, se necessário.

Na Figura 1 apresenta-se um diagrama do modelo de terminologia de referência ISO para construção de diagnósticos de enfermagem.

Figura 1: Diagrama do modelo de terminologia de referência ISO para construção de diagnósticos de enfermagem



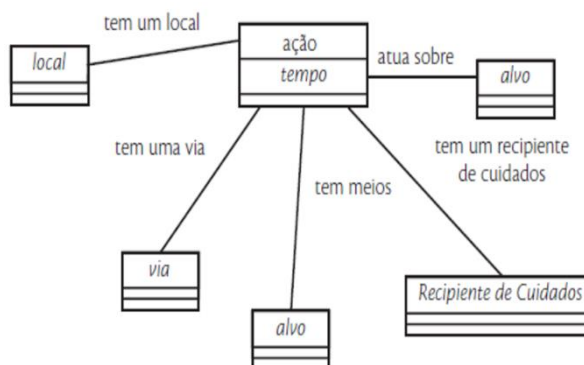
Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2009, adaptado de Saba et. al, 2003)

De acordo com a CIPE®, uma intervenção de Enfermagem é “*uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 15). Para criar enunciados de diagnóstico de Enfermagem, com base no modelo ISO e o Modelo de 7 Eixos da CIPE®, recomendam-se as seguintes linhas de orientação (International Council of Nurses, 2005):

1. Um termo do Eixo da Ação;
2. Pelo menos um Termo Alvo, que pode ser que qualquer eixo, exceto do Eixo do Juízo;
3. Termos adicionais dos Eixo da Ação ou qualquer outro eixo, se necessário.

Na Figura 2 apresenta-se um diagrama do modelo de terminologia de referência ISO para construção de intervenções de enfermagem.

Figura 2: Diagrama do modelo de terminologia de referência ISO para construção de intervenções de enfermagem



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2009, adaptado de Saba et. al, 2003)

Enquanto *Standard Internacional*, este modelo de terminologia para os diagnósticos e intervenções de enfermagem visa (Saba et al., 2003, p. 17):

- *Suportar a definição intencional de diagnóstico de enfermagem e os conceitos das intervenções de enfermagem, que sejam reflexo de uma ampla gama de papéis e cenários de prática.*
- *Facilitar a representação dos diagnósticos de enfermagem e os conceitos das intervenções de enfermagem e as suas relações de uma forma adequada para o processamento do computador.*
- *Fornecer uma linguagem para descrever a estrutura do diagnóstico de enfermagem e os conceitos das intervenções de enfermagem para permitir uma integração adequada com outros modelos de terminologia de referência e com modelos de informação.*

Para facilitar a utilização, o ICN está a desenvolver catálogos que são subconjuntos da CIPE®, que sintetizam enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados para um grupo de doentes, em função de prioridades em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

O ICN pretende que estes subconjuntos da terminologia sejam clinicamente relevantes e de fácil aplicação de acordo com uma dada prioridade de saúde (Coenen et al., 2007). Estes subconjuntos receberam a denominação de Catálogos de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Os catálogos são instrumentos de referência para a documentação dos cuidados de enfermagem, não podendo, no entanto, substituir o parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Estes catálogos permitem aos enfermeiros integrar, com maior facilidade, a utilização da CIPE® como taxonomia na prática clínica.

Uma das áreas definidas como prioritárias no desenvolvimento dos catálogos foram os cuidados em fim de vida - Cuidados Paliativos (Ordem dos Enfermeiros, 2009), tendo este facto dado origem ao desenvolvimento de um catálogo denominado “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”. Este catálogo contém diagnósticos, resultados e ações para a promoção da dignidade, que estão organizados de acordo com o Modelo de Cuidados de Preservação da Dignidade de Chochinov (Doorenbos et al., 2006a; Doorenbos et al., 2006b; Coenen et al., 2007).

3.1. Enfermagem de Cuidados Paliativos

A Enfermagem de Cuidados Paliativos é a combinação de ciência baseada na evidência, competências interpessoais aprimoradas e o uso terapêutico do “eu” (Becker, 2009b). Pode afirmar-se a enfermagem e os Cuidados Paliativos como parceiros naturais na prática clínica e que o conhecimento e as habilidades necessárias nesta área são aplicáveis a todos os enfermeiros. A morte ocorre em diversos ambientes e todos têm direito a cuidados de suporte e paliativos, independentemente do diagnóstico ou circunstâncias (NICE, 2004).

As qualidades que levam muitas pessoas a tornar-se enfermeiros são, aliás, as mesmas que levam a escolher a área dos Cuidados Paliativos (Doyle et al., 1996).

O contacto próximo e prolongado dá ao enfermeiro a oportunidade única de conhecer o doente e observar o que origina desconforto e o que origina alívio. A primeira responsabilidade do enfermeiro de Cuidados Paliativos é ajudar o doente a lidar com os efeitos da doença avançada e organizar o ambiente para minimizar a perda de controlo (Doyle et al., 1996).

A complexidade e as múltiplas dimensões dos problemas dos doentes paliativos exigem uma equipa com elementos de diversas áreas e um objetivo comum: preservação da qualidade de vida do doente. Médico, enfermeiro e assistente social representam os elementos básicos da equipa. Contudo, é desejável o contributo de capelães, outros profissionais e para-profissionais de saúde, com vista a responder às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais do binómio doente-família (Council of Europe, 2003; Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006; Radbruch & Payne, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2010; Ahmedzai et al., 2010).

Uma equipa multidisciplinar deverá ser constituída por técnicos de saúde e sociais, que trabalham em paralelo ou sequencialmente para responder ao mesmo problema. Pressupõe uma comunicação e tomada de decisão colaborativa entre os diversos membros e baseada na ética clínica, com partilha de liderança e baseada nas necessidades do doente e da família. A combinação dos diversos membros da equipa deverá garantir experiência e conhecimento sobre os diversos aspetos dos Cuidados Paliativos (Ahmedzai et al., 2010).

Os Cuidados Paliativos de enfermagem envolvem a valorização de todas as características e a experiência anterior da pessoa doente. Exige uma atitude e uma abordagem que vão além do diagnóstico e problema médico imediato. Este facto requer um nível de contacto humano pessoal com o indivíduo que está a morrer, que transcende as tarefas e procedimentos que podem muitas vezes dominar o trabalho diário. Implicam a ciência e uma arte, a de cuidar, e enfatiza a normalidade e a qualidade de vida. A arte de cuidar, no entanto, tem recebido muito menos atenção, talvez devido à sua natureza mais abstrata. Quando o resultado é a própria morte, torna-se difícil comprovar, através da evidência clínica, a contribuição das intervenções interpessoais (Becker, 2009a). Existe, contudo, ampla evidência de que uma abordagem que envolva apoio psicológico, psicossocial e espiritual seja altamente eficaz e valorizada pelos doentes e familiares (Beaver et al., 2000).

O doente, ao longo de um percurso mais ou menos longo de sofrimento, espera do profissional de enfermagem a garantia da qualidade de vida e a defesa e respeito pela sua dignidade (Becker, 2009a).

A dignidade humana é considerada um valor de excelência no exercício profissional e um componente essencial do código de ética do Conselho Internacional de Enfermagem, onde é afirmado que o respeito pelos direitos humanos deverá ser inerente à prática de enfermagem, incluindo direito à cultura, direito à vida e à livre escolha, direito à dignidade e a ser tratado com respeito (International Council of Nurses, 2012).

No mesmo sentido, é descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2012) o artigo 87º do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, dedicado aos deveres subordinados ao respeito pelo doente terminal. Esse artigo preconiza que o *“Enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:*

- a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;*
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;*
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 79).

A dignidade foi considerada pelo ICN como um Fenómeno de Enfermagem, estando na origem de um catálogo. Este catálogo pretende orientar a prestação de Cuidados Paliativos, tendo por finalidade a promoção de uma “morte digna”, através da sua integração com maior sistemática na prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O termo “Morrer com Dignidade” (*Dignified Dying*) é utilizado pelos enfermeiros para designar um ganho em saúde ou uma meta dos cuidados aos doentes em fim de vida (Doorenbos et al., 2006b). Este termo é descrito pela primeira vez na CIPE® Versão Beta e traduzido como *Dignificação da Morte*, como um Fenómeno de Enfermagem do âmbito da Pessoa incluído na *Emoção (Luto)*, com a seguinte definição: *“um tipo de Prantear (Trabalho de Luto) com as seguintes características específicas: sentimentos de pena, sofrimento e desprendimento da vida que se processam através do pranto e nojo sobre a sua própria morte iminente, trabalhando conscientemente com reações e emoções, expressando sentimentos de perda, aceitação da morte, partilha das perdas com as pessoas significativas, exprimindo as expectativas sobre o fim iminente da vida”* (International Council of Nurses, 2000, p. 74).

A dignidade no final de vida tornou-se, deste modo, um tópico de preocupação crescente, o que originou um aumento do número de estudos sobre os cuidados de saúde na aproximação da morte e a sua relação com a noção de dignidade. Adicionalmente, os investigadores focaram a sua atenção na identificação de intervenções realizadas especificamente para promover e manter a dignidade no fim de vida, permitindo, assim, uma “morte digna” (Coenen et al., 2007).

A noção de “morte digna” é, contudo, variável e a prestação de cuidados culturalmente congruentes com indivíduos em fim de vida recai sobre os prestadores imediatos: enfermeiros e familiares (Schim et al., 2006).

3.2. O Catálogo da CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”

No sentido de validar o conceito de “Morrer com Dignidade” (*Dignified Dying*) como um Fenómeno de Enfermagem e identificar as intervenções de enfermagem que promovem o “Morrer com Dignidade” em diferentes países e idiomas, o ICN iniciou um amplo projeto em diversos países, nomeadamente Índia, Etiópia, Quênia e Estados Unidos (Doorenbos et al., 2006a; Coenen et al., 2007; Doorenbos et al., 2006b; Wilson et al., 2006). O projeto incluía a aplicação de um questionário (*Dignified Dying Survey*) com o objetivo de classificar as 14 caraterísticas definidoras do fenómeno “Morrer com Dignidade”, com base na prática dos enfermeiros (Doorenbos et al., 2006a).

Os estudos demonstraram a validade de conteúdo dessas caraterísticas identificando-as como definidoras do “Morrer com Dignidade”. Nesse sentido, foi proposta, para a Versão 1.0 da CIPE®, a seguinte revisão da definição de “Morrer com Dignidade” (International Council of Nurses, 2005): “*é um processo de Morrer com as caraterísticas específicas: Verbalização de alívio da dor, expressão de controlo de sintomas, participação nas decisões sobre os cuidados e tratamentos, verbalização de conforto físico, verbalização de satisfação espiritual e revisão das experiências de vida*” (International Council of Nurses, 2005, p. 52).

Estes estudos foram um primeiro passo de um processo de descoberta (Coenen et al., 2007), culminando, em 2009, no catálogo de enfermagem da CIPE®: *Palliative Care for Dignified Dying – International Classification for Nursing Practice*.

O catálogo baseia-se no Modelo de Cuidados de Preservação da Dignidade e sugere que as perceções de dignidade dos doentes estão relacionadas e são influenciadas por três grandes categorias (Chochinov, 2002; McClement et al., 2004). Com base no modelo do Conselho Internacional de Enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses publicou a tradução do Catálogo da CIPE®: “Cuidados paliativos para uma Morte Digna”, que apresenta como objetivos orientar os enfermeiros na prestação de cuidados paliativos no sentido da promoção de uma “morte digna” e apoiar a documentação sistemática de cuidados utilizando a CIPE® (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

3.2.1. *Morte Digna: Modelo de Preservação da Dignidade*

O *Modelo de Preservação da Dignidade*, desenvolvido por Chochinov, divide-se em três categorias: ***Preocupações relacionadas com a Doença; Repertório da Preservação da Dignidade; e Inventário da Dignidade Social*** (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A primeira categoria, ***Preocupações relacionadas com a Doença***, diz respeito às preocupações que resultam diretamente da experiência da doença, e que ameaçam ou alteram a sensação de dignidade do cliente, nomeadamente *nível de independência* e *perturbações relacionadas com os sintomas* (Chochinov, 2002):

- **Nível de independência**

Este tema reflete o grau de autonomia e de confiança que o indivíduo possui sobre os outros e, muitas vezes, é determinada pela capacidade de manter a acuidade cognitiva e executar tarefas da vida diária, isto é, a capacidade funcional.

- **Perturbações relacionadas com os sintomas**

Para muitos doentes com patologia avançada, a presença de sintomas, que podem relacionar-se com a progressão da doença, é uma característica que define a experiência do morrer. De acordo com este modelo, os sintomas podem associar-se a sofrimento físico e psicológico, relacionados com a falta de conhecimento ou consciência do seu estado de saúde, ou seja, a incerteza médica e a preocupação ou medo associado ao processo de morrer e antecipação da morte, isto é, a ansiedade da morte.

A segunda categoria, ***Repertório da preservação da dignidade***, incorpora aspetos psicológicos e espirituais que decorrem das características da personalidade e dos recursos internos que influenciam o sentido de dignidade do doente. Esta categoria inclui as *perspetivas de conservação da dignidade* que os doentes detêm de si próprios, que os auxiliam a conservar os papéis e a dignidade, e as *práticas de conservação* dessa mesma dignidade face à doença (Chochinov, 2002):

- **Perspetivas de Conservação da Dignidade**

- **Continuidade do eu**

Sensação de que a essência do indivíduo se mantém intacta, apesar da doença avançada.

- **Preservação de papéis**

Capacidade do doente investir na manutenção ou funcionamento das suas funções habituais, como forma de manter congruência com a imagem prévia de si.

- **Manutenção do orgulho próprio**

Capacidade de manter um sentido positivo de respeito e amor-próprio.

- **Esperança**

Capacidade de ver a vida como uma continuidade ou ver algum significado ou propósito na vida que resta.

- **Autonomia/controle**

Capacidade de manter sensação de controle sobre as circunstâncias da vida.

- **Possibilidade de sucessão/legado**

Consolo ou conforto em saber que se irá deixar algo que transcende ou perdura além da morte.

- **Aceitação**

Capacidade de adaptação às circunstâncias da vida.

- **Resiliência/espírito de combate**

Determinação mental exercida para ultrapassar a doença ou otimizar a qualidade de vida.

- **Práticas de Conservação da Dignidade**

Este tema compreende a variedade de abordagens e técnicas utilizadas pelos doentes para apoiar ou manter a dignidade e dividem-se em três subtemas (Chochinov, 2002):

- **Viver o momento**

Foco nas questões imediatas e não no futuro.

- **Manter a normalidade**

Manutenção de rotinas e horários habituais, e distrações momentâneas, enquanto lida com os desafios decorrentes da doença.

- **Procurar conforto espiritual**

Efeito na preservação da dignidade relacionado com o conforto proveniente de crenças religiosas e espirituais.

A terceira categoria, *Inventário da dignidade social*, diz respeito aos fatores externos, nomeadamente, circunstâncias sociais e relações que possam influenciar a natureza de interação do doente com os outros, de tal modo que possam alterar o conceito de dignidade. Divide-se em 5 temas (Chochinov, 2002):

- **Limites de privacidade**

Ambiente pessoal que o doente necessita para manter a sua dignidade, nomeadamente enquanto lhe são prestados os cuidados.

- **Apoio social**

Presença de apoio proveniente da comunidade de amigos, familiares e profissionais de saúde.

- **Teor dos cuidados**

Atitude que os outros demonstram quando interagem com o doente.

- **Fardo para terceiros**

Sufrimento causado pela necessidade de ajuda de outras pessoas para a realização ou gestão de tarefas diárias de autocuidado.

- **Preocupações com o período após a morte**

Preocupação ou medo do doente sobre o impacto que a sua morte terá naqueles que vai deixar.

O quadro 1 descreve, de forma sucinta, o Modelo de Preservação da Dignidade:

Quadro 1: Modelo de Preservação da Dignidade

Modelo de Preservação da Dignidade		
<i>Preocupações relacionadas com a Doença</i>	<i>Repertório de Preservação da Dignidade</i>	<i>Inventário da Dignidade Social</i>
Perturbações relacionadas com os sintomas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perturbações físicas; ▪ Perturbações psicológicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Incerteza médica; ○ Ansiedade relativamente à morte. Nível de independência: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acuidade cognitiva; ▪ Capacidade funcional. 	Perspetivas de conservação da dignidade: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuidade do eu; ▪ Preservação de papéis; ▪ Manutenção do orgulho próprio; ▪ Esperança; ▪ Autonomia/controlo; ▪ Possibilidade de sucessão; ▪ Aceitação; ▪ Resiliência/espírito de combate Práticas de conservação da dignidade: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viver o momento; ▪ Manter a normalidade; ▪ Procurar conforto espiritual. 	Limites de privacidade; Apoio social; Teor dos cuidados; Fardo para terceiros; Preocupações com o período após a morte

Fonte: Chochinov, 2006 (adaptado pela Ordem dos Enfermeiros, 2010)

O modelo descrito fornece um conjunto de instrumentos para analisar as intervenções de enfermagem utilizadas para promover uma “morte digna”. Apesar de variáveis de cultura para cultura, as intervenções descritas pelos enfermeiros dos diversos países representavam cada uma das principais categorias do modelo (Coenen et al., 2007).

Das intervenções relacionadas com as *Perturbações relacionadas com a Doença*, focadas na diminuição da incerteza médica e do sofrimento físico e psicológico, a maioria das intervenções descritas pelos enfermeiros da Índia, Quênia, Estados Unidos e Etiópia envolviam alívio da dor e dispneia (Wilson et al., 2006; Doorenbos et al., 2006b; Coenen et al., 2007). Os enfermeiros da Índia referiram, ainda, uma ação holística, onde se incluía a promoção do conforto, a administração de medicamentos, a aspiração da via aérea e a promoção adequada do alívio da dor. Outras ações frequentes incluíam encorajar o doente e a família a expressar sentimentos relacionados com a doença e a morte (Doorenbos et al., 2006b) e medidas gerais de conforto, como banho, necessidades de higiene, cuidados à boca e posicionamento confortável, que foram identificadas pelos enfermeiros dos quatro países (Coenen et al., 2007).

Quanto ao conceito de ansiedade relativamente à morte, os enfermeiros compreenderam o seu conceito, dado que descreveram intervenções como falar sobre a morte (Quênia), falar sobre o medo da morte (Quênia), ouvir e compreender as perceções do doente (Estados Unidos) e a importância da presença (estar com os doentes) (Etiópia, Índia, Quênia e Estados Unidos) (Coenen et al., 2007).

Conforme o anteriormente mencionado, e de forma esperada e similar a outros estudos, o conforto físico e o alívio sintomático foram consideradas preocupações primárias dos enfermeiros dos quatro países (Coenen et al., 2007). Diversos sintomas apresentam-se como mais comuns em fim de vida e o seu controlo afirma-se como uma das áreas fundamentais de enfermagem. O tipo de sintoma mais frequente vai depender da doença e pode alterar-se à medida que a morte se aproxima (Radbruch & Payne, 2010; Ellershaw & Wilkinson, 2011). Os sintomas da fase terminal que causam desconforto são: dor, náusea, confusão, problemas orais (Watson et al., 2009; Ellershaw & Wilkinson, 2011), agitação, secreções respiratórias, dispneia (Ellershaw & Wilkinson, 2011), fraqueza, distúrbios do sono, confusão (Watson et al., 2009). Os objetivos do cuidado não são estáticos, necessitando de uma avaliação à medida que a condição do paciente vai alterando (Watson et al., 2009; Ellershaw & Wilkinson, 2011).

Além das necessidades físicas, os enfermeiros dos quatro países focaram a sua prática nas necessidades psicológicas, espirituais e sociais de cada doente (Coenen et al., 2007).

Os aspetos psicológicos e espirituais que apoiam os indivíduos na manutenção da dignidade estão incluídos no *repertório da preservação da dignidade*. A maioria das intervenções desta categoria relacionam-se com a promoção do conforto espiritual e menos com a manutenção do orgulho (Doorenbos et al., 2006b). As preocupações espirituais foram referenciadas de forma muito geral, através de cuidados ou conforto espiritual. Os enfermeiros dos quatro países identificaram, essencialmente, rezar e presença de mentores espirituais (Coenen et al., 2007). As intervenções mais referenciadas pelos enfermeiros da Índia relacionavam-se com promover suporte espiritual e rezar, embora também referissem chamar um pastor e rezar com a família (Doorenbos et al., 2006b). Os enfermeiros da Etiópia identificaram conforto psicológico e espiritual, enquanto que os enfermeiros da Índia identificaram manter a esperança e aceitar os sentimentos do doente (Coenen et al., 2007).

As intervenções para manutenção da autoestima incluíam desenvolver relações com os doentes para destacar a importância da pessoa como um todo. As intervenções compreendiam estar com o doente, demonstrar interesse pessoal, toque físico, segurar na mão do doente (Doorenbos et al., 2006b).

O *Inventário da Dignidade Social* foi o segundo conjunto de intervenções mais identificado pelos enfermeiros, que inclui a qualidade de interação com os outros, com vista à melhoria do sentido de dignidade (Coenen et al., 2007). As intervenções referidas pelas enfermeiras da Índia incluíam encorajar a presença da família, envolver a família no cuidado ao doente e encorajar os doentes a partilhar os sentimentos sobre a morte (Doorenbos et al., 2006b; Coenen et al., 2007). A importância da presença e de estar com o doente, assim como de tratar cada doente com honra e respeito foi salientada pelos enfermeiros dos quatro países (Coenen et al., 2007). Ouvir foi a intervenção mais referenciada pelos enfermeiros dos Estados Unidos e igualmente referida pelos enfermeiros Indianos (Coenen et al., 2007). Os enfermeiros da Etiópia enfatizaram a necessidade de ajudar os membros da família a aceitar a morte (Coenen et al., 2007).

Como foi realçado pelos enfermeiros dos diversos países, a família em Cuidados Paliativos é também alvo de cuidados e o objetivo é providenciar auxílio tanto antes como após a morte. Frequentemente, a família lida pela primeira vez com um familiar em fim de vida, pelo que é fundamental informar os familiares sobre a situação em que o doente se encontra (Gonçalves, 2011). Num estudo realizado por Kongsuwan & Locsin (2009), os enfermeiros promoviam a discussão entre os doentes e a família e a gestão de conflitos familiares. Os enfermeiros encorajavam os membros da família a despedir-se, a mostrar gratidão pela vida dos familiares e mostrar o seu amor pelo doente em fim de vida. Este último dado sugere que o envolvimento da família promove uma “morte digna”,

nomeadamente, porque os doentes, frequentemente, requerem um familiar para ajudar nos cuidados e conforto físico, e nas atividades de vida diária (Kongsuwan & Locsin, 2009). Depreende-se, deste modo, a importância dos enfermeiros de Cuidados Paliativos no sentido de desenvolverem habilidades nos familiares que permitam ao doente controlar as emoções e adaptar-se ao processo. Este apoio auxiliará o processo de luto, dado que o que for vivido de forma positiva antes da morte influencia o vivenciado após. O processo de luto deverá incluir igualmente a preparação para a perda, no sentido de prevenir a depressão e exaustão (Council of Europe, 2003; Radbruch & Payne, 2010).

A maioria dos estudos em fim de vida tem-se focado apenas no alívio de sintomas. O foco em sintomas isolados impede, contudo, a visão da pessoa como um todo ou a experiência de morrer em toda a sua dimensão (Coenen et al., 2007). Além da importância da gestão da dor e de outros sintomas, religião, cultura e família desempenham um papel fundamental em Cuidados Paliativos (Doorenbos et al., 2013).

Com vista a produzir um retrato global e abrangente das intervenções para promover uma “morte digna”, foram realizados estudos adicionais, que demonstraram que a preservação da dignidade do doente é um aspeto fundamental dos Cuidados Paliativos. Tratar com dignidade o doente em fim de vida é preferência universal e parte integrante da prática de enfermagem em diversos países e culturas (Doorenbos et al., 2013).

Em Portugal, um enfermeiro desenvolveu um estudo centrado no fenómeno “Morrer com Dignidade”, cuja finalidade era descrever as características, identificadas pelos enfermeiros, do conceito e das intervenções promotoras do “Morrer com Dignidade” em contexto de cuidados ao doente em fim de vida. Os resultados do estudo permitiram verificar que mais de metade das intervenções de enfermagem integrantes no instrumento de colheita de dados “Palliative Care for dignified dying” do Catálogo de Enfermagem da CIPE® foram classificadas como “muito importante(s)”, sendo as restantes consideradas maioritariamente como “moderadamente importante(s)”. As três intervenções classificadas como mais importantes foram “manter a dignidade e a privacidade”, “administrar medicação para a dor” e “gerir a dor”. As intervenções classificadas como “muito importantes” relacionam-se essencialmente com a “gestão e controlo de sintomas”, “preservação da dignidade e privacidade do doente”, como seja o “apoio à família”, o “apoio emocional” e o “conforto espiritual” (Fonseca, 2012).

Os resultados demonstraram que os enfermeiros do estudo consideraram que todas as 14 características definidoras são representativas do fenómeno “Morrer com Dignidade”. Estas 14 características, por possuírem correlações entre si, podem ser agrupadas nas 3 categorias do Modelo da Preservação da Dignidade: *Preocupações relacionadas com a Doença*,

Repertório de Preservação da Dignidade e Inventário da Dignidade Social. Os resultados mostram ainda que a importância atribuída pelos enfermeiros às diversas intervenções relaciona-se com o contexto de cuidados em que exercem a sua atividade, o tempo de exercício da atividade profissional na área dos Cuidados Paliativos e com a formação específica em Cuidados Paliativos. Verificou-se, ainda, que os enfermeiros que exercem ou têm formação em Cuidados Paliativos e exercem Cuidados Paliativos há mais tempo atribuíram maior representatividade a determinadas características definidoras do conceito “Morrer com Dignidade” (Fonseca, 2012).

O fenómeno “Morrer com Dignidade” pode, pelo acima exposto, ser considerado como um contributo para a validação e revisão cultural do Catálogo “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna” em Portugal (Fonseca, 2012).

A utilização de uma linguagem de enfermagem comum a todos os países do mundo influencia positivamente o cuidado ao doente, ao permitir que os enfermeiros assimilem quais as intervenções que visam a promoção de uma “morte digna” (Doorenbos et al., 2013). Salienta-se, deste modo, o impacto positivo que o Catálogo “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna” terá na comunicação entre enfermeiros durante a prestação de cuidados no país em que se insere (Jo et al., 2011).

CAPÍTULO II: METODOLOGIA

As decisões metodológicas afiguram-se como fundamentais para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação. O enquadramento metodológico torna-se indispensável em qualquer trabalho de investigação, dado que nele são descritas e explicadas as etapas utilizadas para se responder às questões de investigação (Fortin, 2009). Por conseguinte, constitui-se como uma linha de orientação e facilita a recolha, análise e interpretação dos dados.

Neste capítulo, descreveremos o objeto de estudo, assim como os seus objetivos e questão de investigação, seguida do desenho e contexto do estudo, população e amostra, a estratégia para a recolha e análise dos dados, terminando este capítulo com a explicitação dos aspetos éticos inerentes ao estudo.

1. Justificação do Estudo

O aumento da esperança média de vida conduziu ao envelhecimento da população, o que originou uma modificação no padrão das doenças, nomeadamente, o aumento das crónicas e progressivas (Davies & Higginson, 2004; Portugal. DGS, 2004). Em simultâneo, o principal foco dos serviços de saúde passou a ser a cura da doença, o que resulta no prolongamento das situações crónicas e, consequentemente, do processo da morte (Barbosa & Neto, 2006; Moura, 2011). Não obstante, quando se esgotam as oportunidades de tratamento e a progressão da doença se torna inevitável, os objetivos terapêuticos modificam-se. Deste modo, os tratamentos curativos tornam-se desnecessários e os Cuidados Paliativos, através da promoção do conforto do doente e da família, com vista à qualidade de vida (e da morte), tornam-se uma melhor opção (Moura, 2011).

Os Cuidados Paliativos constituem uma conceção sobre os cuidados na vida e na morte, em contexto de uma equipa multidisciplinar, em qualquer fase do ciclo vital. Simultaneamente, apresenta-se como uma filosofia e um sistema estruturado de cuidados, cujo objetivo é o alívio do sofrimento e promoção de qualidade de vida do doente e da sua família (Davies & Higginson, 2004; Ordem dos Enfermeiros, 2010). Os Cuidados Paliativos, tal como preconizado pela OMS, devem centrar-se no doente e nas suas necessidades e não apenas na doença (Davies & Higginson, 2004).

A complexidade de cuidados que os doentes exigem, nas suas diversas dimensões – biológica, psicológica, social e espiritual – requerem uma equipa multidisciplinar, com profissionais com formação específica em todos os contextos de cuidados, com vista a atingir aqueles que são os objetivos dos Cuidados Paliativos (Radbruch & Payne, 2009).

O enfermeiro, como constituinte da equipa e com permanência junto do doente, durante as 24 horas (Davies & Higginson, 2004; Radbruch & Payne, 2009), desempenha *um papel fulcral na garantia da qualidade de vida e a defesa da sua dignidade* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3), através da avaliação e adequação dos cuidados às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os Cuidados Paliativos são, em simultâneo, um modelo de prestação de cuidados e uma conceção sobre a vida. Apresentam-se como uma área da prática de enfermagem com crescente visibilidade e importância, tendo como objetivo o “Morrer com Dignidade”. Este conceito é, contudo, variável cultural e individualmente.

A prestação de cuidados em fim de vida exige, assim, profissionais de saúde que compreendam a dignidade na perspetiva dos doentes e que identifiquem necessidades e planeiem intervenções no sentido da dignidade humana.

Porém, as necessidades de cuidados de enfermagem do doente em fim de vida não estão clarificadas na literatura. A sua caracterização, com base na documentação nos Sistemas de Informação (SI), pode constituir-se como uma estratégia para a definição de políticas formativas dos enfermeiros, para a organização dos cuidados, bem como para a definição de áreas de atenção para a investigação.

Neste sentido, o estudo revela-se pertinente ao pretender acrescentar dados novos para a disciplina de enfermagem, de modo a influenciar a prática profissional em contexto de fim de vida, e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem disponibilizados aos doentes, com vista à “morte digna”.

Este estudo tem por finalidade descrever as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Porto (CHP), a partir da documentação dos cuidados de enfermagem no sistema de informação em enfermagem (SIE) em uso.

Face à finalidade deste estudo, identificamos a seguinte questão de investigação:

- **Quais as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a EIHSCP do CHP?**

Com a intenção de delimitar o estudo a partir da sua finalidade, foram traçados os seguintes objetivos:

- Descrever as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a EIHSCP do CHP;
- Disponibilizar informação relevante para a gestão da prestação de cuidados de enfermagem;
- Disponibilizar informação relevante para a gestão dos processos formativos dos enfermeiros;
- Contribuir para a discussão e para a aproximação da prática clínica dos enfermeiros à melhor evidência disponível.

2. Desenho de Estudo

Realizamos um estudo de natureza exploratória, descritiva e transversal.

Este é um estudo exploratório porque se pretende explorar e descrever um determinado fenómeno numa área ainda pouco explorada (as necessidades de cuidados de enfermagem); descritivo, porque se pretende denominar, classificar e descrever um determinado fenómeno e conceptualizar uma situação no seu ambiente natural, de forma a destacar as características de uma determinada população (Fortin, 2009).

Realizamos um estudo transversal, visto que pretendemos estudar um determinado “acontecimento” num dado momento (Fortin, 2009), viabilizando a consecução do estudo face aos meios disponíveis e aos constrangimentos decorrentes da limitação temporal inerente ao percurso académico que desenvolvemos.

2.1. Contexto do Estudo

Este estudo foi realizado a partir dos dados extraídos do SIE dos doentes referenciados para a EIHSCP do CHP. Esta EIHSCP, localizada no Hospital de Santo António que, juntamente com o Hospital Joaquim Urbano e a Maternidade Júlio Dinis, constitui o CHP, criado em 2007.

A EIHSCP do CHP iniciou as suas funções com a publicação do Decreto-lei nº 101/2006 de Junho de 2006, através de reuniões com a direção clínica e alguns profissionais que já trabalhavam nesta área. Nesse mesmo ano, foram realizadas diversas formações avançadas e estágios em Cuidados Paliativos de alguns médicos e enfermeiros do Serviço de Medicina.

Em 2007 foram criados grupos de trabalho multidisciplinares para estudar e implementar a avaliação e o tratamento de sintomas, de acordo com os princípios de Cuidados Paliativos, foi redigido um manual e organizados Cursos Básicos de Cuidados Paliativos.

A equipa foi nomeada em 9 de Abril de 2008, mas a atual constituição surgiu a 30 de Agosto de 2008, com 2 médicas internistas e 2 enfermeiras, ambas com formação avançada e estágio em Cuidados Paliativos, 1 Psiquiatra e 1 Psicóloga com formação básica em Cuidados Paliativos e avançada em psico-oncologia, 1 assistente social com formação básica em Cuidados Paliativos e 1 administrativo.

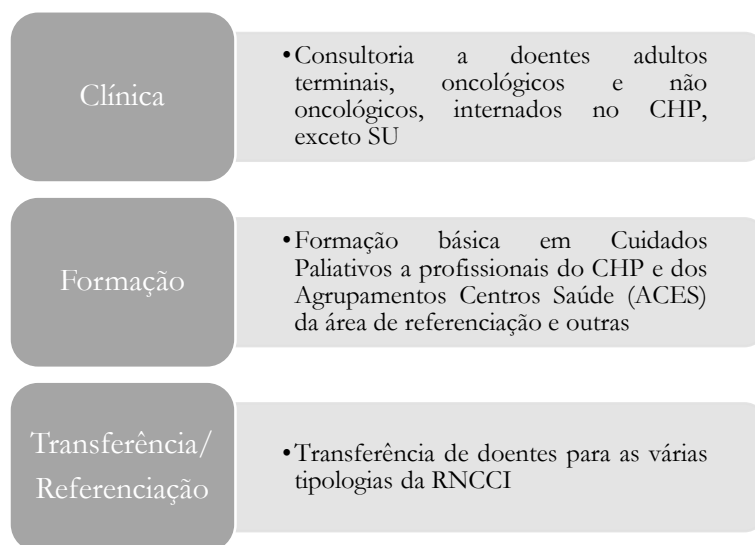
A atividade assistencial da equipa teve início a 3 de Outubro de 2011, com divulgação no Portal Interno do CHP e apresentação personalizada aos diversos diretores dos serviços. O acesso à plataforma informática da RNCCI teve início em Março de 2012.

A equipa trabalha em dias úteis, das 8h às 15h, e realiza reuniões semanais. Trimestralmente, realizam reuniões com os consultores em dor, oncologia, farmácia, nutrição e nefrologia.

Após solicitação da colaboração da equipa, efetuada por pedido eletrónico, o médico e o enfermeiro deslocam-se à enfermaria do doente, de modo a conversarem com a equipa responsável. Os restantes elementos da equipa são chamados a intervir sempre que necessário. A equipa multidisciplinar, móvel, integrada no departamento de Medicina, faz uma abordagem aos familiares, com vista à identificação de situações que carecem de intervenção, nomeadamente, programação da alta ou transferência do doente.

Resumem-se, seguidamente, as áreas de intervenção da EIHSCP:

Figura 3: Áreas de Intervenção da EIHSCP do CHP



2.2. População e Amostra

A definição da população tem como objetivo identificar o grupo de sujeitos a incluir no estudo e clarifica os critérios de seleção (Fortin, 2009). A população define-se como um conjunto de sujeitos que partilham características comuns e que satisfazem critérios de seleção, para os quais o investigador pretende fazer generalizações. A população-alvo é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente (Fortin, 2009, p. 311). Dada a impossibilidade de estudar a totalidade da população-alvo, investiga-se a população acessível, isto é, a população-alvo a que é possível aceder (Fortin, 2009).

Neste estudo, atendendo ao elevado número de doentes que têm sido referenciados para a EIHSCP do CHP ao longo da sua existência, e face aos condicionalismos inerentes a este percurso académico, procedemos à análise da documentação dos cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a EIHSCP do CHP entre 1 de setembro de 2012 e 1 de setembro de 2013. Pelo exposto, a nossa amostra será constituída pela população acessível neste período e utilizaremos como critério de inclusão a análise dos dados relativos ao último episódio de internamento neste período com referência para a EIHSCP do CHP.

2.3. Recolha de Dados

Os dados para este estudo foram extraídos do sistema de informação em enfermagem em uso no CHP, o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Os dados foram extraídos e disponibilizados pelo serviço de SI do CHP.

Para a concretização do exposto, solicitamos ao serviço de SI do CHP os seguintes dados: idade, sexo, diagnóstico médico principal, número de dias de internamento, número de internamentos no mesmo período, focos e dimensões dos diagnósticos de enfermagem identificados e respetivas datas de início e de termo

2.3.1. Análise de dados

Para a análise dos dados relativos à caracterização da amostra utilizamos o programa informático IBM® SPSS, versão 22, para o cálculo das frequências absolutas e relativas, as medidas de tendência central, nomeadamente, média, moda e mediana, e as medidas de dispersão como o desvio-padrão.

Para a análise e tratamento dos dados relativos aos focos e dimensões dos diagnósticos de enfermagem, recorreremos à análise de conteúdo à documentação dos cuidados de enfermagem do SAPE.

A análise de conteúdo incidiu sobre as necessidades de cuidados de enfermagem que emergiram, referindo-se concretamente aos focos e dimensões dos diagnósticos de enfermagem documentados no SAPE.

Para a concretização da análise de conteúdo recorreremos à adoção de um modelo de análise *A priori*. Este modelo de análise utiliza a versão β_2 da CIPE®. Esta taxonomia organiza-se através de um sistema taxonómico do tipo “género/espécie”, no qual cada conceito integra um nível de abstração mais genérico e pode, simultaneamente, integrar conceitos de nível de abstração mais específico. A utilização desta versão da taxonomia justifica-se pelo facto de ser a que está em uso no SAPE, embora já existiam versões mais atualizadas da CIPE®. O corpus da análise foi constituído pela totalidade dos focos e dimensões das necessidades de cuidados de enfermagem documentadas e referentes ao último episódio de internamento de cada doente referenciado para a EIHSCP do CHP.

O processo de análise será ainda suportado pela norma ISO 18104:2003. Nesta norma, a elaboração de um diagnóstico de enfermagem implica a utilização de um foco e um juízo (eixos da CIPE β_2), sendo os restantes elementos opcionais.

3. Considerações Éticas

A investigação no âmbito da saúde envolve seres humanos, como tal, os aspetos éticos devem ser tidos em consideração desde a escolha do tema, à seleção do tipo de estudo, à recolha dos dados e ao modo de os interpretar. Independentemente dos aspetos a estudar, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos humanos, de forma a não provocar, consciente ou inconscientemente, danos à integridade da pessoa. Na investigação é fulcral ter em conta a confidencialidade e privacidade dos dados (Fortin, 2009).

O presente estudo por envolver apenas a utilização de dados, sem qualquer identificação dos participantes, referentes à documentação dos cuidados de enfermagem no sistema de informação em uso pelos enfermeiros do CHP, e por não envolver qualquer contacto entre investigador-doente, não necessitou do parecer da comissão de ética do CHP, motivo pelo qual, foi aprovada a sua realização pelo Conselho de Administração do CHP (ANEXO I: Autorização do Conselho de Administração).

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

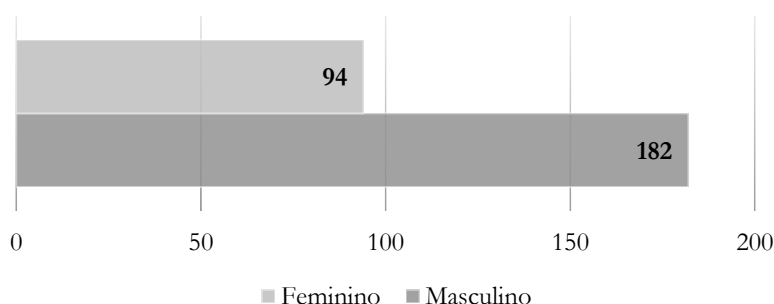
Neste capítulo apresentamos a caracterização da amostra, seguida da apresentação dos procedimentos de análise de dados adotados. De seguida evoluímos para a apresentação dos resultados, precedendo da sua discussão.

1. *Caraterização da amostra*

A caraterização da amostra permite obter um retrato dos doentes referenciados para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Os gráficos e tabelas a seguir apresentados permitem uma fácil análise das caraterísticas da amostra em estudo.

Neste estudo, 94 doentes (34%) são do sexo feminino e 182 (66%) são do sexo masculino (Gráfico 1), o que vai de encontro aos dados da Worldwide Palliative Care Alliance, em que se verifica uma ligeira predominância de indivíduos do sexo masculino (52%) comparativamente aos do sexo feminino (48%) (Connor & Bermedo, 2014).

Gráfico 1: Distribuição da amostra em estudo segundo o sexo



A idade média dos doentes que constitui a amostra é de 68,79 anos ($SD \pm 14,22$; $Mo=86$; $Med.=71$; $Mín.=26$; $Máx.=98$). As idades variam entre os 26 e os 98 anos, sendo que 25% da presente amostra apresentava idade compreendida entre os 26 e os 59 e 75% idade superior a 59 anos. Estes dados estão de acordo com a tendência verificada pela Worldwide Palliative Care Alliance, em que a maior proporção de indivíduos com necessidades em Cuidados Paliativos corresponde a indivíduos com idade superior a 15 anos (94%), sendo 25% entre os 15 e os 59 e 69% com idade superior a 60 anos (Connor & Bermedo, 2014).

No que respeita aos dias de internamento referentes ao último episódio de internamento com referência para a EIHSCP, verificou-se que o número médio de dias de internamento foi de 17,71 dias ($SD \pm 17,66$; $Mo = 11$; $Med. = 13$; $Mín. = 1$; $Máx. = 171$).

Os 276 doentes tiveram um total de 514 episódios de internamento no CHP no período do estudo. O número médio de episódios de internamento foi de 1,86 ($SD \pm 1,16$; $Mo = 1$; $Med. = 1$; $Mín. = 1$; $Máx. = 7$).

Tabela 1: Distribuição do número total de episódios de internamento dos doentes em estudo no CHP no período em estudo.

Nº de internamentos	Frequência	% Total
1	140	50,72
2	81	29,35
3	24	8,7
4	18	6,52
5	11	3,99
6	1	0,36
7	1	0,36
Total	276	100,0

Na Tabela 2 podemos verificar a distribuição por local de internamento do último episódio de internamento dos doentes da amostra.

Tabela 2: Distribuição do último episódio de internamento por Serviços de Internamento no período em estudo

Hospital	Serviços de Internamento	Frequência	% Total
Hospital de Santo António	Internamentos Medicina	109	39,49
	Internamentos Cirurgia	48	17,39
	Internamento Urologia	27	9,78
	Internamento O.R.L.	18	6,52
	Internamento Endocrinologia	8	2,9
	Internamento Neurologia	8	2,9
	Internamento SCI-Unidade Internamento Medicina Cirúrgica	8	2,9
	Internamento T.C.E.	7	2,54
	Internamento Ortopedia	7	2,54
	Internamento Gastrenterologia	6	2,17
	Internamento Neurocirurgia	6	2,17
	Internamento Hematologia Clínica	5	1,81
	Internamento Oftalmologia	3	1,09
	Internamento SCI Unidade Cuidados Intensivos	2	0,72
	Internamento Cardiologia	1	0,36
	Internamento Cirurgia Vascular	1	0,36
	Internamento Nefrologia	1	0,36
	Internamento Unidade Transplante Hepato-Pancreática	1	0,36
	266	96,4	
Hospital Joaquim Urbano	Internamento Infecçiology	4	1,45
	Internamento Pneumologia	1	0,36
	5	1,8	
Maternidade Júlio Dinis	Internamento Unidade Intermédia Ginecologia	3	1,09
	Internamento Ginecologia	2	0,72
	5	1,8	
Total de doentes		276	100,0

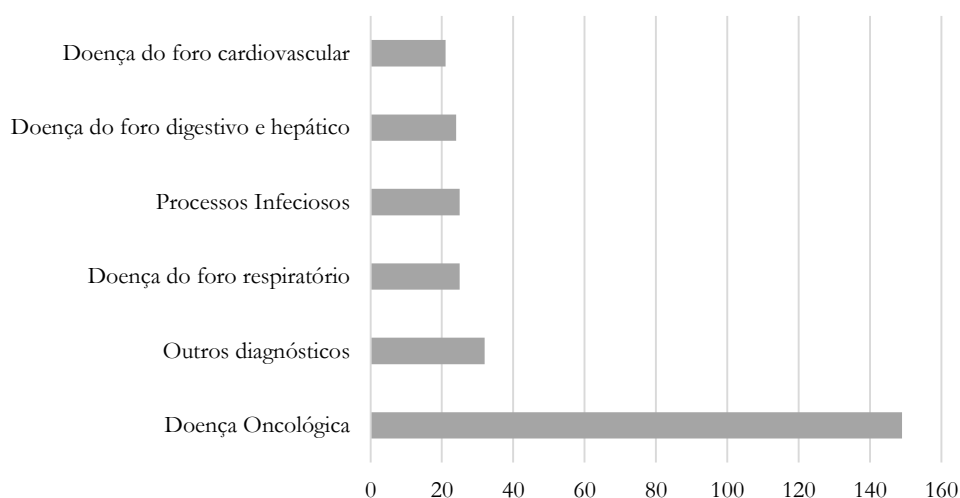
Conforme a análise à Tabela 2 (tabela completa no ANEXO II: Serviços de Internamento) pode verificar-se a predominância de internamento em serviços do Hospital de Santo António em mais de 96%, seguido do Hospital Joaquim Urbano e Maternidade Júlio Dinis. Os serviços de internamento mais frequentes foram os serviços de Medicina (39,49%), Cirurgia (17,39%) e Urologia (9,78%). Por sua vez, os serviços onde o internamento destes doentes foi menos frequente foram os serviços de internamento de Pneumologia do Hospital Joaquim Urbano e os serviços de internamento de Cardiologia, Cirurgia Vascular, Nefrologia e Unidade Transplante Hepato-Pancreática do Hospital de Santo António (0,36%).

No estudo realizado por Dias (2012), em Portugal, sobre a referenciação de doentes para Cuidados Paliativos efetuada pelo hospital, 30,77% dos doentes eram referenciados por serviços de medicina, dados que vão de encontro aos encontrados no presente estudo. Os serviços de hematologia, ortopedia e infeciologia foram os serviços que menos referenciaram (0,45%).

No que concerne a diagnósticos médicos foi encontrada uma enorme variabilidade, tendo sido identificados 135 diagnósticos nos 276 doentes, conforme tabela no ANEXO III: Diagnósticos Médicos.

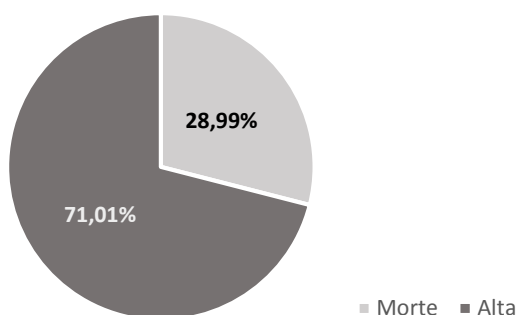
De modo a facilitar a análise optou-se por agrupar os diagnósticos médicos da seguinte forma: Doenças do foro cardiovascular; Doenças do foro respiratório; Doenças oncológicas; Doenças do foro digestivo e hepático; Processos infecciosos e Outros diagnósticos.

Gráfico 2: Diagnóstico médico dos doentes constituintes da amostra



Pela análise do Gráfico 2 pode constatar-se a predominância de doenças oncológicas em 53,99% (n=149) dos doentes, seguida de outros diagnósticos em 11,59% (n=32) dos doentes, nos quais estão contemplados, entre outros, doença pelo VIH, fraturas e Esclerose Múltipla. Com uma percentagem igual, estão as doenças do foro respiratório e processos infecciosos, ambos com 9,06% (n=25) dos doentes, seguidos de doenças do foro digestivo e hepático, com 8,70% (n=24) e, por fim, doenças do foro cardiovascular, em 7,61% (n=21) dos doentes.

No Gráfico 3 podemos verificar que, dos 276 doentes que constituem a amostra, 28,99% (n=80) dos doentes faleceram no último episódio de internamento neste período, e 71,01% (n=196) dos doentes tiveram alta.

Gráfico 3: Destino dos doentes após o internamento

Na Tabela 3 podemos verificar o destino dos doentes após a alta hospitalar.

Tabela 3: Distribuição da amostra em estudo segundo o destino após a alta

Destino após a alta	Frequência	% Total
Consulta Externa	135	68,88
Cuidados Continuados Integrados	27	13,78
Outro Hospital	12	6,12
Exterior não referenciado	10	5,1
ARS/Centro de Saúde	7	3,57
Serviço Domiciliário	3	1,53
Hospital Dia	2	1,02

Pela análise da Tabela 3, verificamos que, dos 196 doentes que tiveram alta hospitalar do CHP, 68,88% tiveram como destino a consulta externa, apenas 13,78% foram referenciados para Cuidados Continuados Integrados, 6,12% foram para outro hospital e 5,1% não foram referenciados.

2. Procedimentos de Análise de Dados

Os dados disponibilizados pelo serviço de SI do CHP relativos aos focos e dimensões das necessidades de cuidados de enfermagem documentadas e referentes ao último episódio de internamento de cada doente referenciado para a EIHSCP no período em estudo, constituíram o corpus da nossa análise, englobando um total de 6854 unidades de registo (ex.: de uma unidade de registo: dependência no auto cuidado: higiene, em grau elevado).

Para efeitos da análise de conteúdo adotamos como critério a análise da última opinião clínica do enfermeiro, relativa à condição do doente, e que se mantinha ativa, o que permitiu delimitar a análise de conteúdo a 4523 unidades de registo.

Na pré-análise ao conteúdo da Documentação de Cuidados de Enfermagem (DCE) procedemos a uma leitura “inicial” do corpus em análise, verificando a existência de redundância semântica (por exemplo, dependência no auto cuidado: higiene, em grau elevado e Auto cuidado: higiene dependência presente, em grau elevado). Na preparação do material para análise de conteúdo e dada a redundância semântica identificada, procedemos à “*recodificação*” das unidades de registo julgadas necessárias, tendo em vista a redução da redundância semântica para o corpus de análise.

No Quadro 2 apresentamos um exemplo da “*recodificação*” realizada.

Quadro 2: Exemplo da “recodificação” das unidades de registo

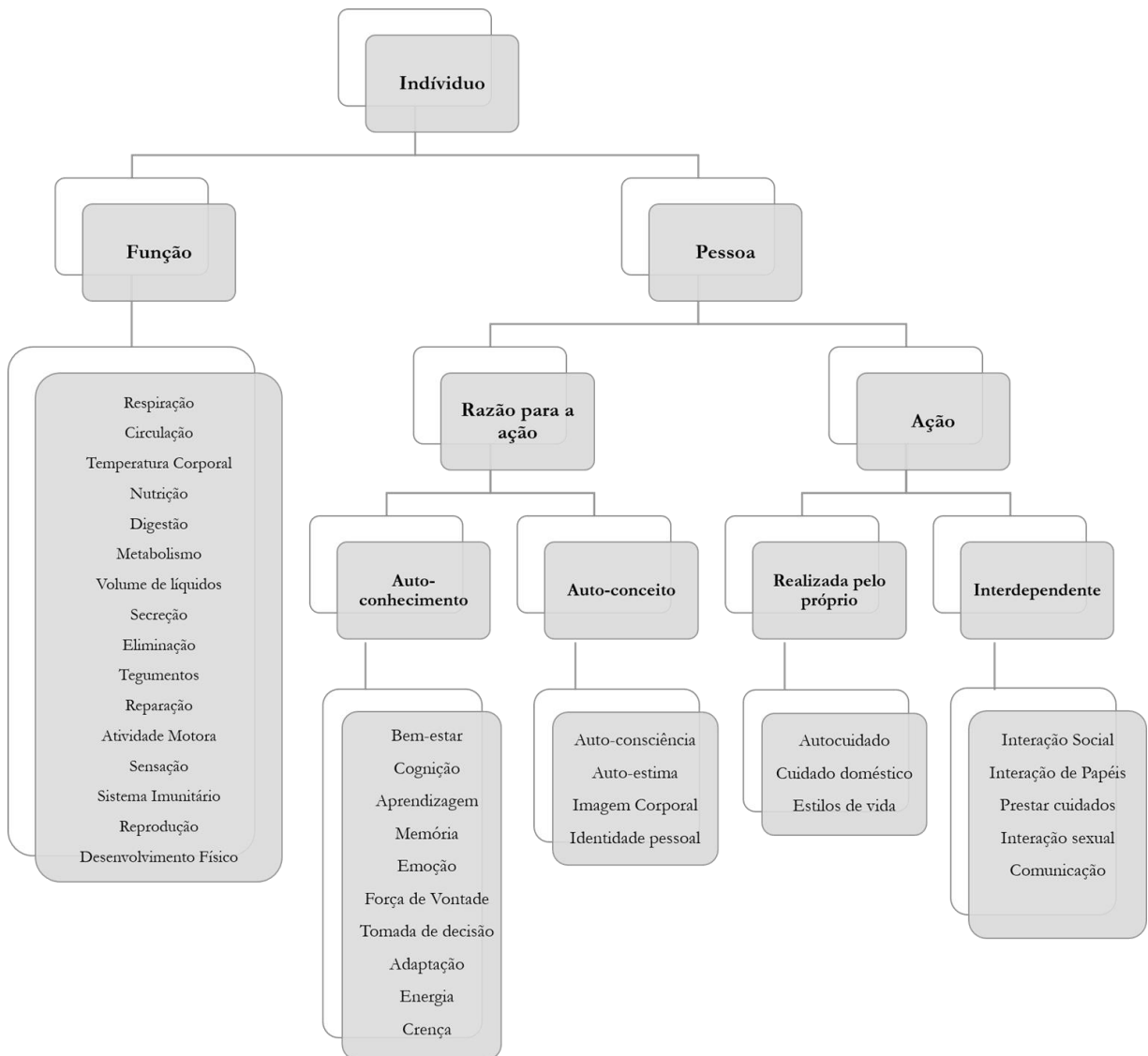
Foco de Atenção	Unidade de registo final	Unidade de registo inicial
Autocuidado: Higiene	auto cuidado: higiene dependente, em grau elevado	auto cuidado: higiene dependência presente, em grau elevado
		dependência no auto cuidado: higiene, em grau elevado
		Dependência no auto cuidado: higiene, em grau elevado
		Auto cuidado: higiene dependência presente, em grau elevado
	auto cuidado: higiene dependente, em grau moderado	auto cuidado: higiene dependência presente, em grau moderado
		dependência no auto cuidado: higiene, em grau moderado
		Dependência no auto cuidado: higiene, em grau moderado
		Auto cuidado: higiene dependência presente, em grau moderado
	auto cuidado: higiene dependente, em grau reduzido	auto cuidado: higiene dependência presente, em grau reduzido
		dependência no auto cuidado: higiene, em grau reduzido
		Dependência no auto cuidado: higiene, em grau reduzido
		Auto cuidado: higiene dependência presente, em grau reduzido

A análise de conteúdo é constituída por um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2009). Para viabilizar a descrição do conteúdo da DCE evoluímos para a exploração do material e consequente categorização das unidades de registo “finais” (eliminada a redundância semântica), adotando um modelo de análise *A priori*. Este processo consiste em agrupar as unidades de registo em categorias, de modo a estruturar logicamente os dados (Bardin, 2009). As categorias podem ser descritas como rubricas ou classes onde estão reunidas um determinado número de elementos (unidades de registo), de acordo com as características que têm em comum (ANEXO IV: Unidades de Registo Finais).

Cada unidade de registo foi analisada e codificada consoante a classificação dos Fenómenos de Enfermagem da CIPE® β_2 . A natureza do modelo de análise adotado garantiu a exaustividade, a inclusão do máximo de conteúdos, a exclusividade e objetividade das categorias (Bardin, 2009).

Este modelo de análise utilizou a versão β_2 da CIPE® cuja estrutura hierárquica apresentamos na Figura 4.

Figura 4: Estrutura hierárquica da classificação dos Fenómenos de Enfermagem do eixo do Foco da Prática da CIPE® Versão β_2



Adaptado de versão β_2 da CIPE®, página 200

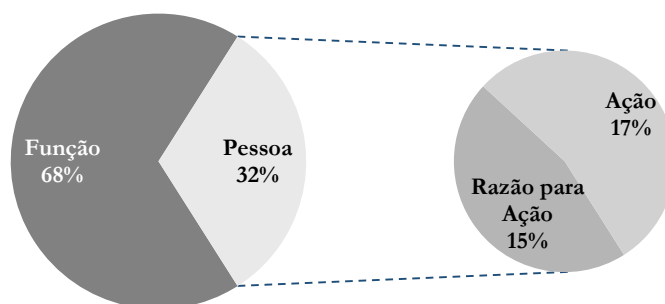
A análise de conteúdo realizada permitiu identificar de 148 Focos de Atenção (ANEXO V: Focos de Atenção categorizados), a descrição de juízos de diagnóstico e dimensões associados (ISO 18104:2003) (Ver Figura 1, na página 43).

A categorização realizada viabilizou o tratamento dos resultados e a sua interpretação. De seguida, apresentamos a análise descritiva que permite caraterizar as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a EIHSCP do CHP no período em análise.

3. *Necessidades em Cuidados de Enfermagem*

Com base no anteriormente referido, os focos de atenção de enfermagem ficaram distribuídas conforme exposto no Gráfico 4:

Gráfico 4: Distribuição dos Focos de Atenção pelas Dimensões e Domínios da CIPE® β_2



Através do Gráfico 4 podemos constatar que os Focos de Atenção identificados pelos Enfermeiros estavam centrados maioritariamente na dimensão da Função (68%), isto é, relativos a “...processos corporais e não intencionais relacionadas com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível “ (International Council of Nurses, 2001, p. 17). Os restantes 32% referiam-se à dimensão da Pessoa, ou seja, a focos relacionados com o “...indivíduo como agente intencional desempenhando ações motivadas por razões baseadas em crenças e desejos de ser humano individual, isto é, racionalidade” (International Council of Nurses, 2001, p. 43), no qual 17% no domínio da Ação, que representa um tipo de Fenómeno de Enfermagem da Pessoa com as seguintes características: “...maneira como cada um atua, cuida ou se comporta, explicada e compreendida por meio de razões expressas” (International Council of Nurses, 2001, p. 55) e 15% no domínio da Razão para Ação, um tipo de Fenómeno de Enfermagem da Pessoa com as seguintes características: “...motivação para a compreensão e explanação do comportamento da pessoa” (International Council of Nurses, 2001, p. 43).

3.1. *Dimensão da Função*

Para a apresentação dos resultados na dimensão da função, apresentamos uma síntese dos domínios identificados, conforme demonstra a Tabela 4 (a tabela completa encontra-se no ANEXO V: Focos de Atenção categorizados).

Tabela 4: Domínios identificados na dimensão da Função

Domínio	Frequência	% Total
Tegumentos	572	22,22
Sensações	526	20,44
Respiração	344	13,36
Eliminação	240	9,32
Volume de Líquidos	179	6,95
Circulação	163	6,33
Digestão	130	5,05
Atividade Motora	113	4,39
Temperatura Corporal	99	3,85
Nutrição	61	2,37
Reparação	43	1,67
Metabolismo	39	1,52
Sistema Imunitário	37	1,44
Desenvolvimento Físico	28	1,09
Total	2574	100,0

Para efeito da apresentação e análise dos resultados procederemos apenas à análise dos três domínios na dimensão da *função* identificados com maior frequência (Tegumentos; Sensações e Respiração).

Conforme se pode observar na Tabela 4, o domínio com mais diagnósticos de enfermagem documentados pelos Enfermeiros era o dos *Tegumentos*, com dados relativos essencialmente ao foco *Úlcera de Pressão*, que foi identificado em 79,71% (n=220) dos doentes.

Estes 220 doentes apresentavam identificado o diagnóstico Risco de Úlcera de Pressão e 171 o diagnóstico Úlcera de Pressão. De salientar que 80 doentes apresentam risco e úlcera em simultâneo.

O segundo domínio com mais diagnósticos de enfermagem documentados foi o das *Sensações*, com dados relativos ao foco *Dor*, identificado em 72,10% (n=199) dos doentes, 3,99% (n=11) dos quais com especificação do tipo de dor: *Dor oncológica* em 2,17% (n=6) dos doentes, *Dor por ferida* em 1,45% (n=4) dos doentes e *Dor óssea* em 0,36% (n=1) dos doentes.

No domínio da *Respiração*, os focos mais frequentemente associados aos diagnósticos de enfermagem identificados foram: *Dispneia*, presente, no total, em 42,75% (n=118) dos doentes, dos quais 20,65% (n=57) com *Dispneia Funcional* e 17,39% (n=48) com *Dispneia em Repouso* e *Limpeza das Vias Aéreas* identificado em 80,80% (n=223) dos doentes, dos quais 33,70% (n=93) com *Expetorar* (ineficaz) e 32,25% (n=89) com *Aspiração*. Os 32,25% dos doentes identificados com o Foco de Atenção *aspiração* apresentavam, como diagnóstico de enfermagem, risco de aspiração e 0,72% (n=2) desenvolveram aspiração. Ainda relativamente ao foco aspiração, a análise de conteúdo permitiu identificar as seguintes dimensões (ISO 18104 de 2003): aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração em 1,09%

(n=3), conhecimento do prestador de cuidados para prevenir a aspiração em 1,09% (n=3) e conhecimento para prevenir a aspiração em apenas 0,36% (n=1).

A categoria do *Desenvolvimento Físico* foi a menos descrita pelos Enfermeiros e referia-se à *Morte*.

Na Tabela 5 apresentamos uma análise dos 10 focos identificados com maior frequência associadas à dimensão das funções corporais.

Tabela 5: Focos de Atenção mais frequentes na dimensão da Função

Focos de Atenção	Frequência	% Total
Úlcera de Pressão	220	79,71
Dor	199	72,10
Edema	139	50,36
Obstipação	124	44,93
Dispneia	118	42,75
Expetorar	93	33,70
Febre	93	33,70
Aspiração	89	32,25
Consciência	88	31,88
Vómito	82	29,71

Verifica-se a presença do Foco de Atenção *Úlceras de Pressão* em 79,71%, *Dor* em 72,10%, *Edema* em 50,36%, *Obstipação* em 44,93% e *Dispneia* em 42,75% dos doentes.

No que concerne à dor, além das dimensões especificadas anteriormente, foi efetuada a especificação do local, como pode ser verificado na Tabela 6.

Tabela 6: Especificação da localização anatômica da dor

Dor	Frequência	% Total
Abdómen	58	21,01
Corpo (como um todo)	29	10,51
Costas	23	8,33
Perna	12	4,35
Tórax	10	3,62
Pescoço	9	3,26
Cabeça	5	1,81
Boca	3	1,09
Axila	2	0,72
Anca	1	0,36
Aparelho Genital Masculino	1	0,36
Aparelho Urogenital	1	0,36
Articulação	1	0,36
Braço	1	0,36
Cavidade Oral	1	0,36
Pénis	1	0,36
Tornozelo	1	0,36
Total	159	57,6

A análise da Tabela 6 permite referir que foi identificada no diagnóstico de enfermagem a localização em 57,6% dos doentes, dos quais a localização mais frequente foi o abdómen, em 21,01% e corpo (como um todo), em 10,51% dos doentes.

3.2. Dimensão da Pessoa

A utilização da CIPE[®] Versão β_2 como modelo de análise *A priori* cria uma estrutura hierárquica dividida em duas grandes dimensões: a Função (resultados já apresentados) e a Pessoa que se organiza em dois domínios – Razão para a Ação e a Ação – cujos dados serão apresentados de seguida.

3.2.1. Domínio da Pessoa: Razão para Ação

A tabela seguinte apresenta a categorização dos dados no domínio da Pessoa: Razão para Ação.

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 7: Categorização dos dados no domínio da Pessoa: Razão para Ação.

Dimensão	Domínio	Subdomínio	Categoria Major	Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	Foco de atenção	Freq.	% Total
PESSOA	Razão para Ação	Autoconhecimento					Autoconhecimento	2	0,72
			Bem-estar	Bem-estar psicológico			Bem-estar psicológico	1	0,36
			Cognição	Pensamento	Conhecimento		Conhecimento	24	8,70
					Preocupação		Preocupação	16	5,80
				Perceção			Perceção ²	2	0,72
					Alucinação		Alucinação	2	0,72
			Aprendizagem	Aprendizagem de habilidades			Aprendizagem de habilidades	8	2,90
				Aprendizagem cognitiva			Aprendizagem cognitiva	1	0,36
			Memória	Confusão			Confusão	102	36,96
			Emoção	Ansiedade			Ansiedade	31	11,23
				Humor			Humor	2	0,72
				Tristeza			Tristeza	22	7,97
				Luto			Luto	4	1,45
				Sufrimento			Sufrimento	1	0,36
			Adaptação	Coping			<i>Coping</i> ²	2	0,72
					Aceitação	Aceitação do Estado de Saúde	Aceitação do Estado de Saúde	3	1,09
					Stress do Prestador de Cuidados		Stress do Prestador de Cuidados	6	2,17
				Autocontrolo	Autocontrolo: ansiedade		Autocontrolo: Ansiedade	6	2,17
					Autocontrolo: infeção		Autocontrolo: Infeção	1	0,36
			Energia	Resistência	Intolerância à Atividade		Intolerância à Atividade	6	2,17
		Autoconceito	Imagem Corporal				Imagem Corporal	1	0,36

²A apresentação do termo como rótulo simultaneamente da unidade de registo e da subcategoria é inerente ao modelo de análise em uso.

Pela análise da Tabela 7 constata-se que os focos mais frequentemente identificados foram a *Confusão*, identificada em 36,96% dos doentes e a *Ansiedade*, identificada em 11,23%. Por sua vez, os focos *Aprendizagem Cognitiva*, *Autocontrolo*, *Infeção*, *Bem-estar psicológico*, *Cognição*, *Sofrimento*, *Autoconceito* e *Imagem Corporal* foram apenas identificados em 0,36% dos doentes.

3.2.2. *Domínio da Pessoa: Ação*

A Tabela 8 apresenta os dados do domínio da Pessoa: Ação, identificados pelos Enfermeiros na DCE no SIE em uso.

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 8: Focos de Atenção no domínio da Pessoa: Ação

Dimensão	Domínio	Subdomínio	Categoria Major	Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	Foco de atenção	Freq.	% Total
PESSOA	Ação	Realizada pelo próprio	Autocuidado				Autocuidado	5	1,81
				Autocuidado: Higiene			Autocuidado: Higiene	236	85,51
				Autocuidado: Vestuário			Autocuidado: Vestuário	238	86,23
				Autocuidado: Alimentar			Alimentar-se	198	71,74
				Autocuidado: Beber			Autocuidado: Beber	10	3,62
				Autocuidado: Uso do sanitário			Autocuidado: Uso do sanitário	234	84,78
				Autocuidado: Atividade física	Posicionar-se		Posicionar-se	219	79,35
					Transferir-se		Transferir-se	165	59,78
					Levantar-se		Levantar-se	13	4,71
					Queda		Queda	242	87,68
					Deambular		Deambular	64	23,19
						Andar	Andar com auxiliar de marcha	1	0,36
						Mover-se em Cadeira de Rodas	Mover-se em Cadeira de Rodas	1	0,36
				Comportamento de procura de saúde	Comportamento de adesão	Precaução	Precaução de Segurança	1	0,36
						Autoadministração de medicamentos	Autoadministração de medicamentos	1	0,36
						Gestão do Regime Terapêutico	Gestão do Regime Terapêutico	5	1,81
							Adesão ao regime terapêutico	13	4,71
			Estilo de Vida	Uso de substâncias	Uso de Tabaco		Uso de Tabaco	1	0,36
		Interdependente	Interação Social	Suporte			Suporte	17	6,16
				Socialização			Socialização	1	0,36
			Interação de Papéis	Papel de Prestador de Cuidados			Papel de Prestador de Cuidados	4	1,45
			Comunicação				Comunicação	19	6,88
				Comunicação recetiva			Comunicação recetiva	9	3,26
				Comunicação expressiva			Comunicação expressiva	8	2,90

Na análise da Tabela 8 verificamos que os Focos de Atenção mais frequentemente identificados enquadraram-se no subdomínio *Ação: Realizada pelo próprio*. A *Queda* foi o foco mais frequente, tendo sido identificado em 87,68%. Estes doentes apresentavam identificado o diagnóstico *Risco de Queda*, tendo-se verificado a existência do diagnóstico de *Queda* em 6,88% (n=19) dos doentes.

Os focos documentados com maior frequência no âmbito do subdomínio *Ação: Realizada pelo próprio*, após o exposto, é o do *Autocuidado: Vestuário*, em 86,23% dos doentes, *Autocuidado: Higiene* em 85,51% dos doentes e *Autocuidado: Uso do sanitário*, em 84,78% dos doentes. Por sua vez, menos frequentemente identificados e presente em apenas um doente (0,36%) verificamos, entre outros, *Andar com auxiliar de marcha*, *Autoadministração de medicamentos* e *Mover-se em Cadeira de Rodas*.

Seguidamente, apresentamos a Tabela 9, que resume os diagnósticos identificados pelos Enfermeiros relativos ao Foco: *Autocuidado* (associação do foco e do juízo de diagnóstico).

Tabela 9: Diagnósticos de Enfermagem relacionados com o Autocuidado

		Dependência			
		Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Total casos
Alimentar-se	Frequência	101	57	40	198
	%	36,59	20,65	14,49	71,74
Autocuidado: Higiene	Frequência	191	35	10	236
	%	69,20	12,68	3,62	85,51
Autocuidado: uso do sanitário	Frequência	147	58	29	234
	%	53,26	21,01	10,51	84,78
Autocuidado: vestuário	Frequência	130	65	43	238
	%	47,10	23,55	15,58	86,23
Posicionar-se	Frequência	135	53	31	219
	%	48,91	19,20	11,23	79,35
Transferir-se	Frequência	109	26	30	165
	%	39,49	9,42	10,87	59,78

Pela análise da Tabela 9, podemos verificar que existe uma elevada percentagem de doentes com diagnóstico de dependência em grau elevado nos autocuidados, que varia de 36,59% (*Alimenta-se*) e 69,20% (*Autocuidado: Higiene*), quando comparado com dependência em grau reduzido, que varia de 3,62% (*Autocuidado: Higiene*) e 15,58% (*Autocuidado: Vestuário*). De salientar que, dos 276 doentes, apenas 28,26% não têm dependência em qualquer grau

no *Alimentar-se*, 14,49% no *Autocuidado: Higiene*, 15,22% no *Autocuidado: Uso do sanitário*, 13,77% no *Autocuidado: Vestuário*, 20,65% no *Posicionar-se* e 40,22% no *Transferir-se*.

No que diz respeito ao *Autocuidado*, foram ainda identificadas, na análise de conteúdo, as seguintes dimensões (ISO 18104 de 2003) em cada um dos diversos autocuidados:

- No que concerne ao *Alimentar-se* foram identificadas as dimensões: conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica alimentar e aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre a técnica alimentar em dois doentes.

- No *Autocuidado: Higiene* foram identificadas as dimensões: conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado: Higiene e aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado: Higiene como necessidades em cuidados de enfermagem em quatro doentes.

- Relativamente ao *Autocuidado: Uso do sanitário* foram identificadas as dimensões: conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado: Uso do sanitário em três doentes e aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre autocuidado: Uso do sanitário em apenas um doente, como necessidades em cuidados de enfermagem.

- No *Autocuidado: Vestuário* foram identificadas as dimensões: conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado: Vestuário em três doentes e aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado: Vestuário em apenas um doente, como necessidades em cuidados de enfermagem.

- No *Posicionar-se* foram identificadas as dimensões: conhecimento sobre estratégias adaptativas para posicionar-se em dois doentes, aprendizagem de capacidades para posicionar-se em apenas um doente e conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionar-se em 7 doentes, como necessidades em cuidados de enfermagem.

- No que respeita ao *Transferir-se* foram identificadas as dimensões: conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência em três doentes e aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados sobre técnica de transferência: em apenas um doente, como necessidades em cuidados de enfermagem.

Enquadrado na *Ação: Interdependente* foram identificados os focos *Comunicação*, reportado, no total, em 13,04% (n=36) dos doentes, dos quais 3,26% tinham identificados diagnósticos de enfermagem que tomavam por foco a *Comunicação recetiva* e 2,90% a *Comunicação expressiva*, e *Suporte* em 6,16% (n=17) dos doentes. Identificado em apenas 0,36% (n=1) dos doentes verificamos o foco *Socialização*.

4. *Discussão dos Resultados*

Tradicionalmente, os Cuidados Paliativos dirigiam-se a doentes oncológicos, dado a maior previsibilidade do curso da doença. Contudo, recentemente, estabeleceu-se que os cuidados deveriam ser disponibilizados com base nas necessidades, ao invés do diagnóstico ou prognóstico (Davies & Higginson, 2004; Radbruch & Payne, 2010). Assim, os Cuidados Paliativos dirigem-se igualmente a doentes com outras patologias, como sejam, VIH/SIDA, doença de Alzheimer e outras demências, doenças cardiovasculares (excluindo morte súbita), DPOC, diabetes, insuficiência renal, esclerose múltipla, doença de Parkinson e artrite reumatoide (Connor & Bermedo, 2014).

Contudo, os doentes oncológicos continuam a ser os principais doentes referenciados (Ahmedzai et al., 2010), nomeadamente em Portugal, conforme estudo realizado pela RNCCI em 2010, em que se verifica uma percentagem elevada (77,5%) de doentes referenciados para as UCP com diagnóstico de doença oncológica. Apesar desta elevada percentagem, constatou-se que, entre 2009 e 2010, ocorreu uma diminuição de doentes com diagnósticos oncológicos (-11,2%) e um aumento das doenças neurodegenerativas (5,3%), respiratórias (3,5%) e cardiovasculares (0,2%).

Como verificado anteriormente, várias são as razões apontadas para que os doentes oncológicos continuem a ser os principais referenciados para estas Unidades. Uma das razões relaciona-se com a dificuldade na definição do *status* paliativo e previsão do tempo até à morte, a outra razão relaciona-se com as diferenças das trajetórias. As doenças não oncológicas, por possuírem trajetórias indefinidas, com frequentes exacerbações e declínio constante subjacente, com dificuldade na determinação do momento apropriado para a referência, diferem das doenças oncológicas, por possuírem uma trajetória mais definida e necessitarem dos Cuidados Paliativos em fase avançada (Radbruch & Payne, 2010).

Assim, e perante os dados do estudo, em que aproximadamente 54% dos doentes referenciados pela EIHSCP do CHP tinham diagnóstico oncológico e os restantes 46% não oncológico, verifica-se o esforço feito pelos profissionais do CHP para otimizarem a referência dos doentes para EIHSCP, de acordo com as efetivas necessidades de cuidados dos doentes, nomeadamente a existência de sintomas múltiplos, não controlados (Portugal. DGS, 2004).

Este estudo mostra que, dos 196 doentes que tiveram alta (não faleceram), apenas 27 foram referenciados para Cuidados Continuados Integrados. Admitimos a possibilidade da existência de outros doentes com indicação para unidades semelhantes.

Desde o início da RNCCI que se tem notado um crescimento dos doentes referenciados, tendo havido, em Junho de 2012, um aumento de 16,4% em relação a 2011. No que concerne à entidade referenciadora, nota-se um aumento da proveniência da referenciação pelos Centros de Saúde, comparativamente à hospitalar, com um aumento para 35% (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2012b). Contudo, os relatórios apontam constrangimentos nos processos de sinalização e referenciação, que têm contribuído para uma admissão menos célere na RNCCI (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2012a). Isto pode ter como uma possível causa o número insuficiente de equipas e unidades necessárias.

Estima-se, para Portugal, segundo dados demográficos de 2007, a necessidade de 133 equipas comunitárias de Cuidados Paliativos, 102 equipas de suporte intra-hospitalar, 28 equipas em instituições de agudos e 46 equipas em instituições direcionadas a doentes crónicos, totalizando 1062 camas. Para a região Norte, estima-se a necessidade de 47 equipas comunitárias, 33 equipas intra-hospitalares, 10 unidades em Instituições de agudos e 16 em Instituições para doentes crónicos, totalizando 375 camas (Capelas, 2009).

Estes números contrastam com os resultados do relatório da Entidade Reguladora de Saúde sobre a “Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde”, com dados de 2012, em que relatava a existência, em Portugal, de 5 equipas comunitárias de suporte, uma das quais no Norte, 25 equipas intra-hospitalares, das quais quatro no Norte, 18 UCP, cinco das quais no Norte, num total de 193 camas em UCP (Entidade Reguladora de Saúde, 2013), das quais 53 atribuídas à região Norte (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2012b).

Esta discussão permite expor algumas das fragilidades existentes no acesso equitativo aos Cuidados Paliativos pelos doentes. O que demonstra a necessidade de desenvolver mais e melhores respostas às necessidades destes doentes e famílias, motivo pelo qual dirigimos o nosso estudo para a identificação das **necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar do Porto**.

Neste estudo identificamos 148 Focos de Atenção de enfermagem que, conforme se pode observar na apresentação dos resultados, demonstrou uma predominância de Focos de Atenção da dimensão da Função (68%) em relação à Pessoa (32%). Estes são os focos utilizados pelos enfermeiros para a nomeação do diagnóstico de enfermagem.

Dos Focos de Atenção da dimensão da *Função* identificados, as categorias mais documentados pelos Enfermeiros foram os *Tegumentos*, as *Sensações* e a *Respiração*. A análise dos focos identificados pelos enfermeiros no SAPE da dimensão da *Função* demonstram como mais frequentes a *Úlcer de Pressão* em 79,71% dos doentes, a *Dor* em 72,10%, o *Edema* em 50,36%, a *Obstipação* em 44,93%, a *Dispneia* em 42,75%, o *Expetorar* em 33,70%, a *Febre* em 33,70%, a *Aspiração* em 32,25%, a *Consciência* em 31,88% e o *Vômito* em 29,71%. A *Dor* foi identificada em 72,10%, 3,99% (n=11) dos quais com especificação do tipo de dor: *dor oncológica* em 2,17% dos doentes, *dor por ferida* em 1,45% dos doentes e *dor óssea* em apenas 0,36%. A *Dispneia* foi identificada no total em 42,75% dos doentes, dos quais 20,65% com *Dispneia Funcional* e 17,39% com *Dispneia em Repouso*.

Estes resultados vão de encontro ao verificado por Solano e colaboradores (2006) no estudo que realizaram, no qual verificaram a existência de padrões semelhantes entre doenças oncológicas e não-oncológicas, o que lhes permitiu identificar 11 sintomas frequentemente tão comuns entre doentes com insuficiência cardíaca, DPOC, insuficiência renal, SIDA e doentes terminais com cancro: anorexia, ansiedade, confusão, depressão, diarreia, dispneia, dor, fadiga, insónia, náuseas e obstipação. Desses 11 sintomas, a dor, a dispneia e a fadiga eram comuns em mais de 50% dos doentes das cinco patologias.

Outros autores descreveram como sintomas da fase terminal que causam desconforto: a dor, a náusea, a confusão, os problemas orais (Watson et al., 2009; Ellershaw & Wilkinson, 2011), a agitação, as secreções respiratórias, a dispneia (Ellershaw & Wilkinson, 2011) a fraqueza e os distúrbios do sono (Watson et al., 2009).

Em Portugal, Carneiro e colaboradores (2011) identificaram a dor, a dispneia e os problemas gastrointestinais como os sintomas mais comuns, presentes tanto em doentes oncológicos como em não oncológicos e a xerostomia, a fadiga e a insónia registado num maior número de doentes oncológicos.

Podem verificar-se semelhanças entre o descrito pelos diversos autores e o descrito pelos enfermeiros no presente estudo. Os sintomas do domínio da *Função*, a *agitação*, a *diarreia*, a *dispneia*, a *dor*, a *fadiga*, a *insónia*, as *náuseas*, a *obstipação* e o *vômito* foram identificados pelos enfermeiros. No entanto, apenas a dor, a obstipação e a dispneia foram identificados em número elevado de doentes (72,10%, 44,93% e 42,75%, respetivamente). A náusea, a diarreia, a fadiga e a insónia, identificados na bibliografia como comuns em doentes terminais, foram identificados, embora em menor número de doentes no presente estudo (18,48%, 5,43%, 1,81%, 1,09%, respetivamente).

A *agitação* foi identificada em 15,22% dos doentes, a *diarreia* em 5,43%, a *náusea* descrita em 18,48%, a *insónia* identificada em apenas 1,09%, *sono* em 12,32% e *sonolência* em 15,94%. A *anorexia* não foi descrita.

A *fadiga*, que se define, segundo a versão β_2 da CIPE® “...como diminuição da força ou resistência, sensação de lassidão, de fadiga, bocejo frequente, pouca atenção, nunca se sentir bem repousado, diminuição da capacidade dos tecidos para responderem a estímulos que provocam normalmente contração muscular, frequentemente associada a atividade física extenuante ou a exposição a pressão psicológica” (International Council of Nurses, 2001, p. 32), representa um dos sintomas mais comuns em doentes paliativos oncológicos e não oncológicos (Solano et al., 2006; Radbruch et al., 2008), tendo sido identificada em apenas 1,81% (n=5) dos doentes. A fadiga é definida com uma sensação subjetiva de cansaço, fraqueza ou falta de energia. É frequentemente subreconhecida, subavaliada e subtratada. Impede a participação em atividades de vida diária e tem impacto na realização de atividades de lazer, o que diminui drasticamente a qualidade de vida dos doentes (Radbruch et al., 2008).

Apesar de ser um dos sintomas identificados com maior frequência em doentes paliativos, no nosso estudo, a *fadiga* apenas foi identificado em 1,81% (n=5) dos doentes, o que poderá significar que os enfermeiros não identificaram a fadiga como uma necessidade *per si* em cuidados de enfermagem, ou que os doentes, efetivamente, não possuem este sintoma. Hegarty e colaboradores (2005) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a discrepância entre os conhecimentos e os registos efetuados pelos enfermeiros que providenciam cuidados a doentes paliativos em hospitais de agudos e referiram que nem sempre os enfermeiros documentam tudo o que identificam ou exploram, pelo que, a atenção dada pelos enfermeiros nesta área poderá não estar documentada. Este facto, que corroboramos, aponta para a necessidade de desenvolver outros estudos que comprovem, a partir da perspetiva dos enfermeiros, as razões que sustentam este facto.

A natureza da intenção e da conceção individual de cuidados que o enfermeiro adota, poderá também justificar a definição de enunciados de diagnósticos de enfermagem que utilizam focos e dimensões que são dirigidas às manifestações ou áreas que, sob a perspetiva do seu mandato social, pode desenvolver intervenções autónomas para minimizar, prevenir ou resolver a necessidade de cuidados. Nesta perspetiva, admitimos a possibilidade dos enfermeiros identificarem a fadiga como um dado concorrente para a identificação de diagnósticos no domínio do autocuidado higiene, vestir-se, alimentar, entre outros.

O conforto representa algo superior à inexistência de dor, transcende a dimensão física e envolve igualmente dimensão psicoespiritual, social e ambiental (Durante et al., 2014).

O conforto, além do controlo de sintomas, obtém-se através de medidas como a massagem, o toque, o diálogo (Sapeta & Lopes, 2008), ambiente, conforto espiritual, presença de familiares, demonstração de afetos (Durante et al., 2014), posicionamento, vestuário, banho e alimentação (Sapeta & Lopes, 2008; Durante et al., 2014). Neste estudo, o Foco de Atenção *conforto* foi identificado em apenas 11,59%. Ao identificarem diagnósticos de enfermagem e ao implementarem intervenções com vista ao alívio de sintomas, como são exemplos, os diagnósticos de enfermagem dor ou dispneia, os enfermeiros podem ter por intenção a promoção do conforto do doente.

Na comparação dos resultados do nosso estudo com outros, como aquele realizado por Carneiro e colaboradores (2011), constatamos a pouca expressão, no nosso estudo, de diagnósticos no domínio do sistema gastrointestinal, facto que justificamos com a natureza interdependente do tratamento destas manifestações, e que ultrapassam o âmbito autónomo da intervenção de enfermagem.

No domínio da Ação, verificamos a existência do foco *Queda*, em 87,68% dos doentes, além dos diversos autocuidados: *Autocuidado: Vestuário*, em 86,23%, *Autocuidado: Higiene*, em 85,51%, *Autocuidado: Uso do sanitário*, em 84,78% e *Posicionar-se*, em 79,35% dos doentes.

Como referido na apresentação dos resultados, a maioria dos doentes apresenta dependência nos autocuidados, que varia de grau reduzido a grau elevado.

Uma das possíveis razões para a existência de diversos doentes com dependência é a sua idade já que, como se pode verificar, a idade mais frequente é 86 anos e, metade da amostra, apresenta idade superior a 71 anos. Outras das possíveis razões são as complicações decorrentes da doença, nomeadamente a falta de controlo de sintomas como a dispneia ou a fadiga, que comprometem a realização de atividades de vida diária.

Assim, ao estar dependente no autocuidado, ação normalmente realizada pelo próprio, o doente irá necessitar de alguém que o substitua ou assista, ações desenvolvidas pelos enfermeiros com os objetivos de preservar ou melhorar a autonomia e o conforto. Os enfermeiros dirigem a sua intenção para a promoção da autonomia sempre que os doentes apresentem potencial para recuperar a capacidade funcional, e dirigem a sua intenção para o conforto, quando não existe potencial de recuperação da autonomia, direcionando a intenção para a manutenção do bem-estar do doente. O elevado nível de dependência verificado nesta amostra e o elevado número de doentes com alta hospitalar, que não são referenciados para unidades de internamento, expõe a necessidade de intervir junto do membro da família prestador de cuidados e da restante família, no sentido de desenvolver conhecimentos e

competências que lhes permitam gerir as necessidades de cuidados dos doentes e da família, prevenindo situações de exaustão do cuidador e de défice de cuidados disponibilizados aos doentes.

Assim, e tendo em conta que foram identificados diagnósticos de dependência nos autocuidados entre 59,78% (*Posicionar-se*) e 86,23% dos doentes (*Autocuidado: Vestuário*), e apenas 19,90% dos 196 doentes tiveram como destino de alta unidades com acompanhamento contínuo de profissionais de saúde (13,78% para Cuidados Continuados Integrados e 6,12% para outro hospital), seria de prever a identificação de maior número de prestadores de cuidados com necessidades de cuidados de enfermagem identificados. No entanto, no presente estudo, o *Papel de prestador de cuidados* foi identificado em apenas 1,49% (n=4) dos doentes e o *Stress do Prestador de Cuidados*, identificado em prestadores de cuidados associados a 2,17% dos doentes (n=6).

Isto poderá originar quatro linhas de pensamento. A primeira, os doentes não vão para o domicílio, o que contrasta com os dados anteriormente mencionados; a segunda o prestador de cuidados demonstra possuir as competências cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias, justificando a não intervenção dos enfermeiros; a terceira possibilidade é a dos enfermeiros não identificarem a família como um alvo ou parceiro de cuidados e a quarta possibilidade é a documentação dos cuidados de enfermagem não representar a intervenção dos enfermeiros admitindo a possibilidade destes intervirem sem procederem à sua documentação, facto que pode estar associado, entre outros, a limitações na parametrização do SIE.

Ainda no âmbito da *função*, salienta-se que dos 276 doentes que constituem a amostra, 28,99% faleceram; contudo a morte foi identificada como Foco de Atenção de enfermagem no SAPE apenas em 10,14%. Este facto poderá indicar a intenção de identificar um outro diagnóstico que não se encontra parametrizado no SAPE: dignificação da morte, que se define, segundo a versão β_2 da CIPE® como um tipo de prantear (trabalho de luto) com as seguintes características: “...*sentimentos de pena, sofrimento e desprendimento da vida que se processam através do pranto e nojo sobre a sua própria morte iminente, trabalhando conscientemente com reações e emoções, expressando sentimentos de perda, aceitação da morte, partilha das perdas com as pessoas significativas, exprimindo expectativas sobre o fim iminente da vida*” (International Council of Nurses, 2001, p. 48).

A maioria dos estudos em fim de vida tem-se focado apenas no controlo de sintomas. Este facto impede a visão da pessoa como um todo ou a experiência de morrer em toda a sua dimensão (Coenen et al., 2007), facto também constatável neste estudo.

Hegarty e colaboradores (2005) verificaram que os enfermeiros identificam frequentemente e exploram, ocasionalmente, mas raramente documentam os aspetos psicológicos, espirituais e culturais dos doentes. Esta omissão poderá comprometer a visão holística do doente (Hegarty et al., 2005).

Como anteriormente referenciado, as áreas fundamentais dos Cuidados Paliativos são quatro e o controlo de sintomas representa apenas uma das áreas que se enquadra na dimensão da *função*, designadamente os processos biológicos. Contudo, comunicação adequada, trabalho em equipa e apoio à família, relacionados com a dimensão da *Pessoa*, representam igualmente áreas que requerem a atenção dos profissionais de saúde.

A *comunicação* foi identificada como foco da atenção dos enfermeiros em 13,04% dos doentes, dos quais 3,26% (n=9) tinham identificado *Comunicação recetiva alterada* e 2,90% (n=8) *Comunicação expressiva alterada*. A versão β_2 da CIPE® define *Comunicação* como um tipo de ação interdependente com as seguintes características: “...ações de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio eletrónico e telefone” ((International Council of Nurses, 2001, p. 64).

A comunicação apresenta-se como uma atividade humana básica e um elemento fundamental da vida social (Pereira, 2008), sendo referida, de forma mais sucinta, por Ellershaw e Wilkinson (2011), como troca de pensamentos, sentimentos e opiniões entre os indivíduos. A comunicação representa um pilar em Cuidados Paliativos e funciona como estratégia terapêutica de intervenção no alívio do sofrimento (Barbosa & Neto, 2010). Uma boa comunicação permite a melhoria dos relacionamentos e indicação de uma direção ao doente/família (Twycross, 2003), assim como redução de ansiedade, frustração e insatisfação (Ellershaw & Wilkinson, 2011).

Comunicar em Cuidados Paliativos representa, deste modo, um desafio e implica o desenvolvimento de três competências básicas: a escuta ativa, a empatia e o *feedback* (Barbosa & Neto, 2010), com o objetivo básico de dar resposta às necessidades fundamentais do doente, permitindo que este se adapte à condição atual.

Existem diversas formas de comunicação, que vão desde a fala, a um simples gesto, olhar e mesmo o silêncio. Qualquer forma de comunicar é válido, se visa diminuir a ansiedade, atenuar a insegurança e garantir uma presença reconfortante (Martins, 2006).

Um doente em Cuidados Paliativos vivencia uma ambivalência de emoções e sentimentos, relacionados com a doença e o que a mesma provoca a nível físico, psicológico e social. Segundo Solano e colaboradores (2006), Watson e colaboradores (2009) e Ellershaw

e Wilkinson (2011), confusão, ansiedade e depressão estão presentes no final de vida. Neste estudo, foram identificados, com maior frequência, os focos no domínio da Razão para Ação: *Confusão* (36,96%), *Ansiedade* (11,23%), *Conhecimento* (8,70%), *Tristeza* (7,97%) e *Preocupação* (5,80%), dos quais confusão e ansiedade coincidem com a literatura.

Uma comunicação eficaz permite a prestação de apoio emocional, nomeadamente redução da ansiedade, pois, através da comunicação, o doente transmite ao profissional de saúde e/ou à família aquilo que está a sentir. A família, além de auxiliar nas atividades de vida diária e cuidados de conforto físico (Kongsuwan & Locsin, 2009), representa a principal fonte de suporte social, físico e emocional e proporciona bem-estar aos seus elementos. É formada por laços ancestrais ou de afetividade e representa a unidade básica da sociedade (Moreira, 2006). É na família que cada indivíduo procura o apoio para ultrapassar os momentos de crise que vão surgindo.

Nesse sentido, os enfermeiros identificaram como Foco de Atenção, no subdomínio da *Ação: Interdependente*, o *suporte* em 6,16% dos doentes, definido pela CIPE® como: “...ações de promoção do bem-estar da pessoa; oferecer ajuda, assistência fiável, confiança, tempo de contacto, trabalho ou bens materiais” (International Council of Nurses, 2001, p. 61) e *socialização*, em apenas 0,36% (n=1).

Constata-se uma maior ênfase em Focos de Atenção da dimensão da *função*, que correspondem à dimensão física do ser humano. Se, por um lado, demonstra a identificação de Focos de Atenção numa das áreas fundamentais dos Cuidados Paliativos – o controlo de sintomas, por outro, demonstra um menor enfoque em questões psicológicas, espirituais e sociais.

De modo similar a diversos estudos, o conforto físico e o alívio sintomático foram consideradas preocupações primárias dos enfermeiros deste contexto. Diversos sintomas, como o supramencionado, apresentam-se como mais comuns em fim de vida e o seu controlo afirma-se como uma das áreas fundamentais, pelo que, os profissionais de saúde devem ser capazes de identificar e priorizar as necessidades dos doentes (Radbruch & Payne, 2010; Ellershaw & Wilkinson, 2011), não apenas as físicas mas, essencialmente, aquelas que alteram a perceção de bem-estar do doente e da família, que podem implicar a sensação de “Morrer com Dignidade”. Este termo resulta da atualização do conceito dignificação da morte, feito pelo ICN, tendo sido atualizada a definição para processo de morrer com as seguintes características: “...verbalização de alívio da dor, expressão de controlo de sintomas, participação nas decisões sobre os cuidados e tratamentos, verbalização de conforto físico, verbalização de satisfação espiritual e revisão das experiências de vida” (International Council of Nurses, 2005, p. 52).

No capítulo I apresentámos e descrevemos o Catálogo “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”. A partir dos pressupostos fundacionais da existência deste catálogo, divulgado pelo ICN e, verificada a sua validade cultural para o contexto Português, torna-se, agora, fundamental proceder a uma análise comparativa com as necessidades de cuidados de enfermagem descritas neste contexto (Fonseca, 2012).

Para a consecução do exposto procedemos à comparação dos dez Focos de Atenção mais frequentes na documentação dos cuidados de enfermagem do contexto, com as categorias correspondentes no catálogo em análise (Quadro 3).

Quadro 3: Principais Focos de Atenção organizados nas categorias do Modelo de Preservação da Dignidade, de Chochinov

Focos de Atenção na DCE	Catálogo Morte Digna	
Queda	Perturbações físicas	Preocupações relacionadas com a Doença
Úlcera de Pressão		
Dor		
Edema		
Autocuidado: Vestuário	Capacidade funcional	
Autocuidado: Higiene		
Autocuidado: Uso do sanitário		
Posicionar-se		
Alimentar-se		
Transferir-se		

No Quadro 3, pode verificar-se a existência de Focos de Atenção na categoria *Preocupações relacionadas com a Doença*, enquadrados nas subcategorias perturbações físicas e capacidade funcional.

Dada a necessidade de discutirmos em que medida a documentação dos cuidados de enfermagem do contexto traduzem as diferentes áreas que constituem o catálogo de enfermagem, procedemos a uma análise comparativa entre os Focos de Atenção identificados na documentação dos cuidados de enfermagem do contexto (versão β_2 da CIPE) e os focos que estão expressos no catálogo (versão 2.0 da CIPE), utilizando como estratégia organizadora as 3 categorias do Modelo da Preservação da Dignidade. Dado o facto de serem utilizadas duas versões diferentes da CIPE® e, para podermos viabilizar a comparação, procedemos a um mapeamento dos termos utilizados, que apresentamos nas tabelas 10, 11 e 12.

Na Tabela 10 apresentamos a análise comparativa dos focos associados à categoria das preocupações com a doença.

Tabela 10: Preocupações relacionadas com a Doença

Preocupações relacionadas com a Doença				
Subcategoria	Foco de Atenção		Freq.	% Total
	Versão 2.0	Versão β_2		
Perturbações físicas	Agitação		42	15,22
	Desconfortável	Conforto	32	11,59
	Obstipação		124	44,93
	Desidratação		24	8,70
	Diarreia		15	5,43
	Alucinação		2	0,72
	Infecção		36	13,04
	Estado nutricional		4	1,45
	Dor		199	72,10
	Percepção		2	0,72
	Úlcera por pressão		220	79,71
	Sono		34	12,32
	Incontinência urinária		17	6,16
	Vômito		82	29,71
Perturbações psicológicas	Adesão ao regime dietético		13	4,71
	Adesão ao regime de medicação		1	0,36
	Coping		2	0,72
	Fadiga		5	1,81
	Conhecimento		24	8,70
	Bem-estar psicológico		1	0,36
Acuidade cognitiva	Cognição		1	0,36
	Confusão		102	36,96
Capacidade funcional	Intolerância à atividade		6	2,71
	Vestir ou despir	Autocuidado: Vestuário	238	86,23
	Défice de autocuidado	Autocuidado	5	1,81
	Alimentar-se		198	71,74
	Cuidar da higiene pessoal	Autocuidado: Higiene	236	85,51
	Fazer a <i>toilette</i> sozinho	Autocuidado: Uso do sanitário	234	84,78

Neste modelo, as *Preocupações relacionadas com a Doença* estão organizadas em 4 subcategorias: **perturbações físicas**, **perturbações psicológicas**, **acuidade cognitiva** e **capacidade funcional**.

Neste estudo foram identificados Focos de Atenção em cada subcategoria das *Preocupações relacionadas com a Doença*, com predominância de **perturbações físicas** e **capacidade funcional**.

Por sua vez, o *Repertório de Preservação da Dignidade* apresenta 10 subcategorias: **continuidade do próprio**; **preservação de papéis**; **proteção do orgulho**; **esperança e consequências que origina**; **autonomia/controlo**; **aceitação**; **resiliência**; **viver no momento**; **manter a normalidade** e **encontrar conforto espiritual**.

Tabela 11: Repertório da Preservação da Dignidade

Repertório da Preservação da Dignidade				
Subcategoria	Foco de Atenção		Freq.	% Total
	Versão 2.0	Versão β_2		
Preservação de papéis	Desempenho de papéis	Papel de Prestador de Cuidados	4	1,45
Aceitação	Aceitação do estado de saúde		3	1,09
Resiliência	Coping		2	0,72
Continuidade do próprio	Imagem corporal		1	0,36
Encontrar conforto espiritual	Sofrimento		1	0,36

Como se pode verificar pela Tabela 11, apenas foram identificados Focos de Atenção relativos a cada uma das seguintes subcategorias: **continuidade do próprio; preservação de papéis; aceitação; resiliência e encontrar conforto espiritual**. Por sua vez, não foram identificados Focos de Atenção nas subcategorias **proteção do orgulho; esperança e consequências que origina; autonomia/controle; viver no momento e manter a normalidade**. Por fim, o *Inventário da Dignidade Social*, que apresenta 4 subcategorias: **limites de privacidade; apoio social; fardo para terceiros e preocupações com o período após a morte**.

Tabela 12: Inventário da Dignidade Social

Inventário da Dignidade Social				
Subcategoria	Foco de Atenção		Freq.	% Total
	Versão 2.0	Versão β_2		
Apoio social	Apoio social	Suporte	17	6,16
	Stress do prestador de cuidados		6	2,17
	Socialização		1	0,36
Preocupações com o período após a morte	Ansiedade		31	11,23
	Luto		4	1,45

Neste estudo, como podemos verificar na Tabela 12, apenas foram identificados Focos de Atenção nas subcategorias **apoio social e preocupações com o período após a morte**, não tendo sido identificado qualquer foco nos **limites de privacidade e fardo para terceiros**.

Conforme se pode verificar ao efetuar-se uma comparação entre os enunciados de diagnóstico e de resultados do Catálogo e os Focos de Atenção que emergiram da DCE do presente estudo, ocorre uma predominância da dimensão física que engloba, quer o controle de sintomas, quer o conforto, nomeadamente através do autocuidado.

Os cuidados centrados na dimensão física, apesar de fundamentais, representam apenas uma parte do cuidado total, em que as questões psicossociais e espirituais, descritas

pelos doentes e familiares, são consideradas equiparadas às fisiológicas (Steinhauser et al., 2000).

A diversidade de doenças e suas trajetórias, a complexidade do sofrimento, nas suas diversas dimensões – físicas, psicológicas, sociais e espirituais – no final de vida, exigem dos profissionais de saúde uma preparação diferenciada, que deverá envolver formação pré e pós graduada, com formação teórica, treino diferenciado e experiência prática, reconhecida em Cuidados Paliativos, de modo a responder às necessidades quer do doente, quer da sua família (Portugal. DGS, 2004).

Sem formação adequada não é possível a prática de Cuidados Paliativos, que é considerada pela APCP (2006) como um alicerce dos Cuidados Paliativos, nomeadamente de enfermagem. Apenas uma formação sólida permitirá práticas adequadas com vista à melhor qualidade de vida dos doentes (Martins, 2006).

A formação tem constituído uma área chave na promoção e reforço das competências profissionais (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2012a).

A EAPC, num documento sobre recomendações de educação em Enfermagem Paliativa, indica a existência de 3 níveis de educação paliativa: A, B e C. O nível A corresponde a formação básica pré-graduada e básica pós-graduada, com duração compreendida entre 18 e 45 horas, o nível B corresponde a avançada pós-graduada, com duração entre 90 e 180 horas e o nível C, formação especializada pós-graduada, com duração superior a 280 horas, associado a estágios de trabalho com a duração mínima de 2 semanas (De Vieger et al., 2004).

Verificou-se, ao longo da discussão dos resultados, que a documentação dos cuidados de enfermagem neste contexto apresentam uma visão pouco expandida das necessidades de cuidados de enfermagem destes doentes.

Pelo exposto, devemos considerar e discutir que medidas poderiam contribuir para melhorar a documentação dos cuidados de enfermagem e, simultaneamente, a intervenção dos enfermeiros neste domínio.

Um primeiro passo a dar, poderia ser a reparametrização do SAPE, com vista a facilitar a documentação de aspetos que ultrapassem o domínio das funções, nomeadamente comunicação e família, conforme identificado no presente estudo e verificado no estudo realizado por Hegarty e colaboradores (2005). Sugeríamos a inclusão de enunciados de diagnóstico e de resultado e intervenções presentes no Catálogo “Cuidados Paliativos para

uma Morte Digna”, validado culturalmente e representativo da população portuguesa (Fonseca, 2012).

A fim de se estabelecerem padrões de qualidade, Barbosa e Neto (2010) referem que as organizações não devem subvalorizar a necessidade de progredir, inovar e aperfeiçoar. Assim sendo, recomenda-se a melhoria da formação em Cuidados Paliativos, de modo a “sensibilizar” os enfermeiros para as outras áreas centrais da intervenção em Cuidados Paliativos. A EIHSCP, tendo como área de intervenção a *formação básica de profissionais do CHP e dos Agrupamentos Centros Saúde (ACES) da área de referência*, realizaram entre 2007 e 2013, no CHP e, a partir de 2012, no ACES Porto Ocidental e Gondomar, 18 cursos básicos de Cuidados Paliativos, multiprofissionais, a um total de 375 formandos. Os cursos tiveram a duração de 24h, conforme previsto nas normas europeias de cursos básicos, distribuída por 3 dias/6 módulos.

Contudo, 375 profissionais representam um número muito reduzido de profissionais abrangidos, tendo em conta o universo que o CHP e o ACES Porto Ocidental e Gondomar representam. Poderá colocar-se a seguinte questão: Como efetuar formação a todos os enfermeiros que contactam diretamente com doentes paliativos em contexto hospitalar, dados os constrangimentos económicos atuais?

Como estratégia para viabilizar a formação dos enfermeiros neste contexto sugere-se a realização de formação a 20/30 enfermeiros (ex.: um a dois enfermeiros de cada serviço) de modo a torná-los dinamizadores e, assim, disseminarem os processos formativos pelos serviços, utilizando, além de casos clínicos e *role play*, metodologias atualmente já utilizadas, a reflexão, aprendizagem-problema e estudos *podcast*, isto é, recurso a vídeo e áudio.

Após ser implementada a estratégia exposta para melhorar a formação dos enfermeiros do contexto, sugerimos a replicação do estudo que realizamos em períodos regulares, de forma a auditar, a partir da análise de conteúdo à documentação dos cuidados de enfermagem, a aproximação do modelo de cuidados em uso ao estado da arte.

Relativamente à dúvida que pode persistir sobre o facto da documentação dos cuidados de enfermagem não representar a efetiva ação dos enfermeiros, sugerimos a realização de entrevistas a enfermeiros peritos dos contextos, por exemplo aos dinamizadores anteriormente referenciados, de forma a averiguar a sua persistência, e os motivos que contribuiriam para a sua manutenção.

Uma segunda sugestão passa pela realização de auditorias internas, realizado por um perito, por exemplo, a enfermeira da EIHSCP. Este perito procederá à identificação das necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a EIHSCP e,

posteriormente, realizaria uma análise comparativa com as necessidades identificadas pelos enfermeiros em cada serviço, constatando-se, assim, divergências entre o estado da arte e o modelo de cuidados em uso no contexto, nos doentes em Cuidados Paliativos. Estas auditorias poderiam disponibilizar informação que sustentasse o processo de tomada de decisão sobre os planos de formação para o contexto.

A EAPC e a APCP sugerem a existência de conteúdos programáticos específicos para a realização de cada nível de formação (De Vieger et al., 2004; Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006). No entanto, recomendam a realização consoante as necessidades sentidas pelos profissionais. Pelo exposto, e para o contexto deste estudo, deverão passar a integrar os conteúdos programáticos da formação dos enfermeiros: a espiritualidade, o conforto, a comunicação, a família, o luto e a fadiga. A **fadiga**, como referido, interfere nas atividades de vida diária e poderá ser uma das razões que origina a dependência nos autocuidados nos diversos doentes; o **luto**, de modo que as famílias recebam o apoio adequado às suas necessidades e situação; a **família**, pois foi uma área pouco abordada e representa a fonte de suporte do doente e a continuidade dos cuidados do doente no domicílio; a **comunicação**, dado que, comunicar eficazmente é, em simultâneo, difícil e importante, e implica a utilização de perícias essenciais de comunicação entre o enfermeiro, a família e o doente; o **conforto**, pois representa um dos principais pilares dos Cuidados Paliativos; e, por fim, a **espiritualidade**, pois só a obtenção de bem-estar nas suas diversas dimensões, permite a obtenção de uma “morte digna”.

É reconhecida a importância da educação e da formação na melhoria das habilidades básicas de Cuidados Paliativos. Contudo, conforme mencionado anteriormente, não é certo que provoque modificações substanciais nos padrões de prática. Assim, apoios à tomada de decisão, nomeadamente algoritmos de avaliação e tratamento e sistemas de informação, são fundamentais para assegurar a continuidade de cuidados.

Neste mesmo sentido e de modo a facilitar a análise da informação documentada nos sistemas de informação em uso e a aumentar a qualidade da informação disponível, torna-se necessário assegurar o rigor da documentação do destino do doente após a alta.

CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final do percurso desenvolvido, este capítulo ilustra as considerações finais do trabalho de investigação realizado e permite uma síntese sobre as necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a EIHSCP do CHP. No final do capítulo, serão abordadas as limitações do estudo, as implicações do conhecimento gerado para a formação dos enfermeiros e sugestões de investigação futura.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica cuidada, recorrendo a artigos de bases de dados, livros e manuais da área. O estado da arte permitiu refletir sobre a problemática.

As diversas mudanças ocorridas na sociedade, essencialmente a nível tecnológico, cultural e social, tiveram tradução num aumento da esperança de vida, da prevalência de doenças crónicas e de novas formas de tratamento de várias doenças, que têm conduzido a uma alteração do local da morte.

Se, há umas décadas, a morte ocorria no domicílio, onde o indivíduo se encontrava rodeado de familiares e amigos próximos e se encontrava “em casa”, atualmente ocorre no hospital, concebido para curar a doença, repleto de profissionais de saúde, local despersonalizado e entendido como ameaçador.

Estas alterações, em simultâneo com as ocorridas nos papéis dos sistemas de saúde, têm originado uma preocupação crescente em questões relacionadas com o final de vida. De forma tímida, comparativamente a outros países, Portugal tem desenvolvido esforços no sentido de implementar e difundir os Cuidados Paliativos.

O enfermeiro, como constituinte da equipa multidisciplinar, aspeto fundamental da prática de Cuidados Paliativos, deverá acompanhar o doente, de forma integral e intensificada, ajudando-o, não apenas a morrer, mas a “Morrer com Dignidade”.

Os cuidados em fim de vida representam uma área da prática de enfermagem que atravessa todos os contextos de saúde e culturas, sendo um objetivo da sua prática a promoção da “morte digna”. Desse modo, os enfermeiros devem identificar as necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos e, assim, planearem e implementarem intervenções que promovam o “Morrer com Dignidade”, na perspetiva dos doentes.

O nosso percurso de investigação teve como objeto de estudo as necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes em Cuidados Paliativos. Porém, as necessidades de

cuidados de enfermagem do doente em fim de vida não se encontram clarificadas na literatura e a sua caracterização pode constituir-se como uma estratégia para a definição de políticas formativas dos enfermeiros, para a organização dos cuidados, bem como para a definição de áreas de atenção para a investigação.

Assim, para responder à questão de investigação *Quais as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar do Centro Hospitalar do Porto?*, realizou-se um estudo exploratório, descritivo, transversal, tomando por contexto a EIHS CP do CHP. Procedeu-se à realização de análise de conteúdo à DCE, extraída do SAPE, da qual resultaram 148 focos de enfermagem. Posteriormente foram categorizados com a taxonomia CIPE® versão β_2 .

A análise à caracterização da amostra permitiu constatar que os doentes maioritariamente referenciados para Cuidados Paliativos apresentam patologia oncológica. Apesar de similar ao encontrado na literatura, em que se verifica uma predominância de doença oncológica, tem-se notado um aumento na referenciação de doenças crónicas, não oncológicas (doenças do foro respiratório e cardiovascular e doenças degenerativas), dada a semelhança de necessidades identificadas na fase final de vida, nomeadamente no que concerne a controlo de sintomas.

A análise ao destino da alta demonstra que, dos 196 doentes que não faleceram durante o internamento, apenas 13,78% foram referenciados para Cuidados Continuados Integrados. Estes resultados poderão indiciar a necessidade de clarificação de locais e de avaliação mais cuidada, dado que alguns doentes poderão não estar a ser encaminhados para serviços adequados e carecer de intervenções ajustadas às suas necessidades.

A análise aos resultados do estudo permitiu identificar 68% de Focos de Atenção de enfermagem na dimensão da *função* e 32% na dimensão da *Pessoa*. Na dimensão da função, verificou-se a presença de Focos de Atenção maioritariamente nos domínios dos *tegumentos*, *sensações* e *respiração*, correspondendo, respetivamente, a *úlceras de pressão*, *dor* e *dispneia*. No que concerne à dimensão da *Pessoa*, verifica-se, essencialmente, o *autocuidado* e a *comunicação*.

O cruzamento dos dados do estudo com o catálogo CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna” demonstra a presença de Focos de Atenção maioritariamente da dimensão física, enquadrados na categoria *Preocupações relacionadas com a Doença*, essencialmente nas subcategorias *perturbações físicas*, o que demonstra a importância dada pelos enfermeiros ao controlo de sintomas, e *capacidade funcional*, relacionadas nomeadamente com o *autocuidado*.

Destaca-se a presença, entre os dez Focos de Atenção da dimensão da *função* mais identificados pelos enfermeiros, a *Úlceras de Pressão*, em 79,71%, *Dor*, em 72,10%, *Edema*, em

50,36%, a *Obstipação*, em 44,93% e *Dispneia*, em 42,75% dos doentes. Ao efetuar a comparação com o expresso na bibliografia sobre os sintomas mais comuns nos doentes em fim de vida, pode verificar-se, que apenas dor, dispneia e obstipação foram identificados em número elevado de doentes e diarreia, fadiga, insónia e náusea, embora em menor número, foram igualmente identificados pelos enfermeiros no presente estudo.

Pode, ainda, verificar-se a existência de um elevado número de doentes com diagnóstico de dependência nos autocuidados, que varia de grau reduzido a grau elevado.

Esta dependência nos autocuidados poderá ter como possíveis razões a idade e as complicações decorrentes da doença. Pode verificar-se que metade da amostra apresenta idade superior a 71 anos, em que a idade máxima é 98 e a mais frequente 86 anos. Em relação às complicações da doença, a dificuldade no controlo de sintomas, nomeadamente fadiga, dispneia e dor, compromete a realização das atividades diárias.

Além da dependência nos autocuidados foram, ainda, identificadas dimensões ISO 18104 de 2003 em cada um dos diversos autocuidados relativos ao conhecimento e à aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados.

Não obstante, verifica-se a identificação de apenas 2 Focos de Atenção relativos ao prestador de cuidados: *Papel de prestador de cuidados*, identificado em apenas 1,49% dos doentes e *Stress do Prestador de Cuidados*, identificado em apenas 2,17% dos doentes, o que poderá indiciar a necessidade de maior atenção pelos enfermeiros ao papel do prestador de cuidados e da família.

A dimensão física, apesar de fundamental, representa apenas uma parte do cuidado total e é descrita pelos doentes e respetivas famílias como sendo equitativamente importantes às questões psicológicas, sociais, culturais e espirituais.

A validação cultural do catálogo da CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”, à semelhança do ocorrido anteriormente com a implementação da CIPE®, contribuiu para a reflexão sobre as práticas instituídas, com introdução de novos conceitos e denominações, bem como sugestão de enunciados de diagnóstico e de resultados e intervenções.

A introdução do Catálogo CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna” no SAPE do CHP poderá representar uma excelente oportunidade de mudança progressiva na filosofia de prestação de cuidados aos doentes paliativos, com o objetivo último de proporcionar bem-estar e promover qualidade e dignidade às últimas horas, dias ou meses de vida, nas suas diversas dimensões.

No seguimento das necessidades de cuidados de enfermagem e, pelo destaque surgido na dimensão física, emergiram necessidades de formação, essencialmente nas seguintes áreas: espiritualidade, conforto, comunicação, família, luto e fadiga.

A EIHSCP, apesar de ter vindo a desenvolver formação básica aos profissionais do CHP e área de referência, não consegue abranger todos os profissionais de saúde. Assim, e de modo a rentabilizar recursos técnicos e humanos, sugere-se a realização de formação especializada a enfermeiros de cada serviço a fim de se tornarem dinamizadores e auxiliarem os restantes enfermeiros e, conseqüentemente, diminuir a carga da EIHSCP recorrendo a estratégias de formação em contexto da ação (serviço).

Em simultâneo, e a fim de se confrontar a informação que emergiu da DCE e efetuar-se uma comparação com as necessidades dos doentes paliativos, sugere-se a realização de entrevistas a peritos (ex.: aos dinamizadores) e de auditorias internas, realizadas por uma das enfermeiras que constitui a EIHSCP.

Neste sentido, pode verificar-se o cumprimento dos objetivos previamente delineados:

- Identificar as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a EIHSCP do CHP
- Disponibilizar informação relevante para a gestão da prestação de cuidados de enfermagem
- Disponibilizar informação relevante para a gestão dos processos formativos dos enfermeiros
- Contribuir para a discussão e para a aproximação da prática clínica dos enfermeiros à melhor evidência disponível.

Não obstante a resposta aos objetivos delineados e a resposta à questão de investigação, surgiram algumas dificuldades e limitações. Relativamente às dificuldades, realçamos o tempo decorrido entre a solicitação da autorização para a realização do estudo e a obtenção da autorização. Realçamos, ainda, a dificuldade associada à análise e gestão de uma “enorme” quantidade de informação como aquela que enfrentamos neste estudo.

Como principais limitações deste estudo, identificamos a impossibilidade de generalizarmos estes resultados a outros doentes que não os referenciados para a EIHSCP do CHP, e o facto de não termos analisado as intervenções de enfermagem associadas a cada diagnóstico de enfermagem, facto que poderia enriquecer esta análise e a discussão realizada, mas que colocavam obstáculos temporais inultrapassáveis e incompatíveis com o percurso académico.

Realçamos a importância de continuar a desenvolver investigação nesta área, tomando por objeto de estudo a descrição das necessidades de cuidados de enfermagem destes doentes, de forma a disponibilizar informação que sustente a tomada de decisão, tendo por finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem disponibilizados. Numa outra perspetiva, urge estudar a efetividade da intervenção dos enfermeiros nas áreas nucleares do catálogo CIPE® “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”, e desenvolver estratégias de extração de dados do SI que se demonstrem facilitadores do processo de análise e, conseqüentemente, da gestão da informação produzida, para sustentar o processo de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmedzai, S. h., Gómez-Batiste, X., Engels, Y., Hasselaar, J., Jaspers, B., Leppert, W., Menten, J., Mollard, J.-M. & Vissers, K. 2010. *Assessing Organisations to Improve Palliative Care in Europe*, Nijmegen: Vantilt Publishers.

Ariés, P. 1989. *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*, Teorema.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos 2006. Organização de Serviços de Cuidados Palitivos: Recemendações.

Barbosa, A. & Neto, I. 2006. *Manual de Cuidados Paliativos*, Lisboa: Faculdade de Medicina.

Barbosa, A. & Neto, I. G. 2010. *Manual de Cuidados Paliativos*, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian.

Bardin, L. 2009. *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70 Lda.

Beaver, K., Luker, K. A. & Woods, S. 2000. Primary care services received during terminal illness. *International Journal of Palliative Nursing*, 6, 220–227.

Becker, R. 2009a. Palliative care 1: principles of palliative care nursing and end-of-life care. *Nursing Times*, 105, 14-16.

Becker, R. 2009b. Palliative care 2: Exploring the skills that nurses need to deliver high-quality care. *Nursing Times*, 105, 18-20.

Becker, R. 2009c. Palliative care 3: using palliative nursing skills in clinical practice. *Nursing Times*, 105, 18-21.

Beckstrand, R. L., Callister, L. C. & Kirchhoff, K. T. 2006. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 15, 38-45.

Capelas, M. L. 2009. Cuidados Paliativos: Uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2, 51-57.

Carneiro, R., Barbedo, I., Costa, I., Reis, E., Rocha, N. & Gonçalves, E. 2011. Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 545-554.

Chochinov, H. M. 2002. Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 287, 2253-2260.

Chochinov, H. M. 2006. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 56, 84-103.

Coenen, A., Doorenbos, A. Z. & Wilson, S. A. 2007. Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. *Oncology Nursing Forum*, 34, 1151-1156.

Comissão Europeia 2011. Demography report 2010: Older, more numerous and diverse Europeans. Comission Staff Working Document. Luxembourg: EUROSTAT.

Connor, S. R. & Bermedo, M. C. S. 2014. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. *In: Alliance, W. P. C. (ed.)*.

Council of Europe 2003. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. . Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies.

Davies, E. & Higginson, I. J. 2004. Palliative Care. The solid facts. World Health Organization.

De Vieger, M., Gorchs, N., Larkin, P. J. & Porchet, F. 2004. Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe. Report of the EAPC Task Force. Milano, Italia: European Association for Palliative Care.

Dias, A. S. S. 2012. *Referenciação para Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos Portuguesas: Quando?, Quem? E porquê?* Tese de mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade Católica Portuguesa.

Doenges, M. E. & Moorhouse, M. F. 1992. *Aplicação do Processo de Enfermagem e do diagnóstico de Enfermagem: um texto interativo*. .

Doorenbos, A. Z., Juntasopeepun, P., Eaton, L. H., Rue, T., Hong, E. & Coenen, A. 2013. Palliative care nursing interventions in Thailand. *Journal Of Transcultural Nursing: Official Journal Of The Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 24, 332-339.

Doorenbos, A. Z., Wilson, S. A. & Coenen, A. 2006a. A Cross-Cultural Analysis of Dignified Dying. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 352-357.

Doorenbos, A. Z., Wilson, S. A., Coenen, A. & Borse, N. N. 2006b. Dignified dying: phenomenon and actions among nurses in India. *International Nursing Review*, 53, 28-33.

Doyle, D., Hanks, G. W. C. & Macdonald, N. 1996. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford: Oxford University Press.

Doyle, D. & Woodruff, R. 2013. The IAHPC Manual of Palliative Care. *In: Press, I. (ed.)* 3rd ed.

- Durante, A. L. T. d. C., Tonini, T. & Armini, L. R. 2014. COMFORT IN PALLIATIVE CARE: THE KNOW-HOW OF NURSES IN GENERAL HOSPITAL. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 8, 530-536.
- Ellershaw, J. & Wilkinson, S. 2011. *Care of the Dying A Pathway to Excellence*, Oxford: Oxford University Press.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. 1998. The promise of a good death. *Lancet*, 351, SII21.
- Entidade Reguladora de Saúde 2013. Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde. Porto.
- Field, M. & Cassel, C. K. 1997. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*, Washington DC: National Academy Press.
- Fonseca, B. 2012. *Morrer com Dignidade no Contexto da Prática de Enfermagem*. Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade Católica Portuguesa.
- Fortin, M. F. 2009. *O processo de investigação da concepção à realização*, Loures.
- Franks, P. J., Salisbury, C., Bosanquet, N., Wilkinson, E. K., Lorentzon, M., Kite, S., Naysmith, A. & Higginson, I. J. 2000. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliative Medicine*, 14, 93-104.
- Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L. & Higginson, I. J. 2013. Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 2, 327-334.
- Gonçalves, F. S. A. J. 2009. *A Boa Morte, Ética no fim de vida*, Lisboa: Coisas de Ler.
- Gonçalves, J. F. 2011. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*, Lisboa: Coisas de Ler.
- Gott, M. C., Ahmedzai, S. H. & Wood, C. 2001. How many inpatients at an acute hospital have palliative care needs? Comparing the perspectives of medical and nursing staff. *Palliative Medicine*, 15, 451-460.
- Hales, S., Zimmermann, C. & Rodin, G. 2010. The quality of dying and death: a systematic review of measures. *Palliative Medicine*, 24, 127-144.
- Hegarty, M., Hammond, L., Parish, K., Glaetzer, K., McHugh, A. & Grbich, C. 2005. Nursing documentation: non-physical dimensions of end-of-life care in acute wards. *International Journal of Palliative Nursing*, 11, 632-636.
- INE 2014a. Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual - INE, Tábuas Completas de Mortalidade [online]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001724&contexto=bd&selTab=tab2.

INE 2014b. Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Causa de morte; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte. [online]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004280&contexto=bd&selTab=tab2.

International Council of Nurses 2000. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão Beta (Tradução Oficial Portuguesa). In: Saúde, I.-I. d. G. I. e. F. d. (ed.). Lisboa.

International Council of Nurses 2001. International Classification for Nursing Practice – Beta 2 Version. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

International Council of Nurses 2005. Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem - Versão 1.0 (CIPE® versão 1 - Tradução Oficial Portuguesa). In: Enfermeiros, O. d. (ed.). Lisboa.

International Council of Nurses 2012. ICN Code of Ethics for Nurses.

Jo, K.-H., Doorenbos, A. Z., Sung, K.-W., Hong, E., Rue, T. & Coenen, A. 2011. Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. *International Journal Of Palliative Nursing*, 17, 392-397.

Kongsuwan, W. & Locsin, R. C. 2009. Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review*, 56, 116-122.

Machado, M. d. C., Couceiro, L., Alves, I., Almendra, R. & Cortes, M. 2011. *A Morte e o Morrer em Portugal*, Coimbra: Edições Almedina.

Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M. L. & Tavares, M., & Sapeta, P. 2009. O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. *Patient Care*.

Martins, L. 2006. Final de Vida *Revista Ordem dos Enfermeiros*, Número 20, Seminário do Conselho Jurisdicional.

McClement, S. E., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Kristjanson, L. J. & Harlos, M. 2004. Dignity-conserving care: application of research findings to practice. *International Journal Of Palliative Nursing*, 10, 173-179.

Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y. & Uchitomi, Y. 2008. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 35, 486-498.

Moreira, I. 2006. *O Doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*, Coimbra, 2006, Formasau.

Moura, C. 2011. *A Inevitabilidade da Morte e o Cuidar em Fim de Vida: Entre a filosofia e a bioética*, Lisboa: Coisas de Ler.

- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K. & Sheikh, A. 2005. Illness trajectories and palliative care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330, 1007-1011.
- Murtagh, F. E. M., Preston, M. & Higginson, I. 2004. Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. *Clinical Medicine (London, England)*, 4, 39-44.
- NICE 2004. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. *In: Excellence*, N. I. f. C. (ed.). London.
- Ordem dos Enfermeiros 2004. Suplemento da Revista - Gestão / Resumo mínimo de dados / Qualidade - Produtividade. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 13.
- Ordem dos Enfermeiros 2007. Sistema de Informação de Enfermagem. Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros 2009. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development».
- Ordem dos Enfermeiros 2010. Cuidados Paliativos para uma morte digna - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® Tradução Oficial Portuguesa). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros 2012. REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, M. A. G. 2008. *Comunicação de más notícias e gestão do luto.* , Coimbra, FORMASAU Formação e Saúde, Lda.
- Portugal. DGS 2004. Circular normativa nº14/DGCG 13/07/2004. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. . *In: Saúde*, D. G. d. (ed.). Portugal.
- Radbruch, L. & Payne, S. 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1: recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 16, 278-289.
- Radbruch, L. & Payne, S. 2010. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17, 22-33.
- Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F., Gonçalves, J. F., Løge, J., Kaasa, S., Nauck, F. & Stone, P. 2008. Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. *Palliative Medicine*, 22, 13-32.
- Saba, V., Hovenga, E., Coenen, A., McCormick, K. & Bakken, S. 2003. Nursing language – terminology models for nurses. . *ISO Bulletin*, September, 16-18.
- Sapeta, P. & Lopes, M. 2008. Cuidar em Fim de Vida. *Revista Dor (2008)*, 16.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z. & Borse, N. N. 2006. Enhancing cultural competence among hospice staff. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 23, 404-411.

Sigurdardottir, K. R. & Faksvåg Haugen, D. 2008. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 7, 1-7.

Silva, A. 2001. *Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma Teoria Explicativa da Mudança*

Solano, J. P., Gomes, B. & Higginson, I. J. 2006. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 31, 58-69.

Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., McNeilly, M., Christakis, N. A., McIntyre, L. M. & Tulsky, J. A. 2000. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Annals Of Internal Medicine*, 132, 825-832.

Twycross, R. 2003. *Cuidados Paliativos*, Lisboa: CLIMEPSI.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados 2011. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade de RNCCI 2010. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados 2012a. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade de RNCCI 1º semestre de 2012. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados 2012b. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade de RNCCI 2011. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. & Wells, J. 2009. *Oxford Handbook of Palliative Care*, New York: Oxford University Press.

Weissman, D. E. & Meier, D. E. 2011. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *Journal Of Palliative Medicine*, 14, 17-23.

Wilson, S. A., Coenen, A. & Doorenbos, A. 2006. Dignified dying as a nursing phenomenon in the United States. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8, 34-41.

ANEXOS

ANEXO I: Autorização do Conselho de Administração



Hospital Santo António | Hospital Maria Pia | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsa.pt

Exmo.(a) Sr.(a)
Enf.^a Ana Catarina Teixeira Abreu
Faculdade Medicina da UP

ASSUNTO: Trabalho Académico Mestrado - "Necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes referenciados para a Equipa Intrahospitalar de suporte em cuidados paliativos do CHP" - N.º REF.^a 415/13(252-DEF/NA-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, na Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, sendo Investigador(a) Principal, o(a) Enf.^a Ana Catarina Teixeira Abreu.

O estudo de investigação foi previamente analisado pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direção Clínica e pela Direção de Enfermagem, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
415/13(252-DEF/NA-CES)
Dr. SOFIA ALLEGRO
Presidente
Dr. PAULO BARBOSA
Diretor Clínico
Dr.ª ELIA GOMES
Vogal Executiva
Dr. RUI PEDROSO
Vogal Executiva
Enf.ª EDUARDO ALVES
Enfermeiro Director

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.^a.

APRECIAÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - Mestrado

Título: "Necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes referenciados para a Equipa Intrahospitalar de suporte em cuidados paliativos do CHP"		Ref.: 415/13(252-DEF/NA-CES)
Protocolo/Versão:	Promotor:	Investigador: Enf. ^a Ana Catarina Teixeira Abreu Aluna da Faculdade Medicina da UP

<p>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: <u>26/2/2014</u> CHP, EPE EDUARDO ALVES Enf.^o Director</p>	<p>DIRECÇÃO CLÍNICA:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: <u>10/3/2014</u> DR. PAULO BARBOSA (Director Clínico)</p>
---	---

Em conformidade. Pode ser autorizado

Luísa Lobato
Prac.^a Luísa Lobato
Assist. Hosp. Graduada
N.º Ordem 30892 Ass.
05/03/2014
Directora do DEF



FORMULÁRIO de registo institucional
Estudos de Investigação

N.º Interno: 415/13(252-DEFI/MA-CES)

Título: 'Necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes referenciados para a Equipa Intrahospitalar de suporte em cuidados paliativos do CHP'

SECRETARIADO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (SEI)

☐ Recepção no SEI

20 DEZ 2013

Ass.

PS

☐ Enviado ao DEFI p/ parecer

27 DEZ 2013

Ass.

DEJ

☐ Enviado à CES p/ parecer

/ /

Ass.

☒ Enviado à Direcção Clínica p/ parecer

13/01/2014

Ass.

DEJ

☐ Enviado ao GIAD p/ gestão financeira

/ /

Ass.

☐ Enviado ao CA p/ autorização

07/03/2014

Ass.

DEJ

☐ Devolvido ao proponente s/ critérios de aceitação

/ /

Ass.

* ☐ Recebido parecer do DEFI

22/01/2014

Ass.

Sandra Escobar

☐ Recebido parecer da CES

/ /

Ass.

☐ Recebido parecer da Direcção Clínica

10/03/2014

Ass.

DEJ

☐ Recebido no GIAD

/ /

Ass.

☐ Recebida autorização do CA

13/03/2014

Ass.

DEJ

☐ Informado proponente da decisão

19/03/2014

Ass.

DEJ

* Não doc. rec. para a 05/07/2014 DEJ

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)

☐ Recepção na CES

/ /

Ass.

Enviado à CEIC, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass.

☐ Enviado a CFT, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass.

Parecer da CES ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass.

☐ Recebido parecer da CEIC

/ /

Ass.

☐ Recebido parecer da CFT

/ /

Ass.

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

/ /

Ass.

Observações

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÉUTICA (CFT)

☐ Recepção na CFT

/ /

Ass.

Parecer da CFT ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass.

☐ Reenviado à CES

/ /

Ass.

Observações

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA)

☐ Recepção no CA

07/03/2014

Parecer do CA

☒ Autorizado

☐ Não autorizado

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

17/03/2014

Ass.

DEJ

Observações

/ /

Ass.

**FORMULÁRIO de registo institucional
Estudos de Investigação**

DEPARTAMENTO ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO (DEFI)

☐ Recebido no Secretariado do GCI

30/10/2013 Ass. Sandra Esteves

☐ Reenviado ao SEI

29/01/2014 Ass. Sandra Esteves

(Assinatura assint. Eusébio)

GABINETE COORDENADOR DA INVESTIGAÇÃO (GCI)

Apreciação do GCI ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

A proposta de investigação foi reafirmada pelo GCI, não tendo suscitado dúvidas ou questões que necessitem de clarificação. No entanto falta um documento: "Autorização da Diretora do Serviço de Sistemas de Informação do CHP".

No momento da entrega desse documento e após a sua receção o GCI deu parecer favorável e o processo seguirá para autorização pelo Conselho de Administração.

AUTORIZADO

Dr. Severo Torres
Adjunto do Diretor Clínico
Data: 10/3/2014

DEFI
Gabinete Coordenador de Investigação
(Análise de Estudos de Investigação)
Sandra Esteves 17260 29/01/2014
Assinatura Nº Insc. Assinatura Nº Mec



centro hospitalar
do Porto

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Modelos: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Utilize os modelos que forem aplicáveis ao Estudo de Investigação em causa, acrescentando a informação que considerar pertinente.

Trabalho académico de investigação (título)

*Necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes referenciados para a
Equipe Interhospitalar de Suporte em Unidades Relativas do CHP*

Presidente do Conselho de Administração do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração do CHP

Ana Catarina Ferreira de Abreu (nome completo), na
qualidade de Investigador Principal ☐ Investigador Responsável ☐ Aluno ☒, vem por este meio, solicitar a Vossa
Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de
acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

20/12/2013

Assinatura

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHP

Ana Catarina Ferreira de Abreu (nome completo), na
qualidade de Investigador Principal ☐ Investigador Responsável ☐ Aluno ☐, vem por este meio, solicitar a Vossa
Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de
acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

20/12/2013

Assinatura

Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP

Ana Catarina Ferreira de Abreu (nome completo), na
qualidade de Investigador Principal ☐ Investigador Responsável ☐ Aluno ☐, vem por este meio, solicitar a Vossa
Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de
acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

20/12/2013

Assinatura

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO
SECRETARIADO
ESTUDOS INVESTIGAÇÃO

20 DEZ. 2013

PS

ANEXO II: Serviços de Internamento

Hospital		Serviços de Internamento	Frequência	% Total	
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO	<i>Hospital de Santo António</i>	Internamento Medicina A	58	21,01	
		Internamento Urologia	27	9,78	
		Internamento Medicina C	26	9,42	
		Internamento Medicina B	25	9,06	
		Internamento Cirurgia 1	22	7,97	
		Internamento O.R.L.	18	6,52	
		Internamento Cirurgia 3	17	6,16	
		Internamento Cirurgia 2	9	3,26	
		Internamento Endocrinologia	8	2,90	
		Internamento Neurologia	8	2,90	
		Internamento SCI-Unidade Internamento Medicina Cirúrgica	8	2,90	
		Internamento T.C.E.	7	2,54	
		Internamento Gastreenterologia	6	2,17	
		Internamento Ortopedia	6	2,17	
		Internamento Neurocirurgia	6	2,17	
		Internamento Hematologia Clinica	5	1,81	
		Internamento Oftalmologia	3	1,09	
		Internamento SCI Unidade Cuidados Intensivos	2	0,72	
		Internamento Cardiologia	1	0,36	
		Internamento Cirurgia Vascular	1	0,36	
		Internamento Nefrologia	1	0,36	
		Internamento Unidade Transplante Hepato-Pancreática	1	0,36	
		Internamento Unidade Vertebro-Medular	1	0,36	
					266
	<i>Hospital Joaquim Urbano</i>	Internamento Infecçciologia	4	1,45	
		Internamento Pneumologia	1	0,36	
			5	1,8	
<i>Maternidade Júlio Dinis</i>	Internamento Unidade Intermédia Ginecologia	3	1,09		
	Internamento Ginecologia	2	0,72		
				5	1,8
<i>Total de doentes</i>			276	100,0	

ANEXO III: Diagnósticos Médicos

Diagnóstico Médico	Frequência	% Total
<i>Doença pelo VIH</i>	10	3,62
<i>Neoplasia Maligna da Cabeça do Pâncreas</i>	10	3,62
<i>Neoplasia Maligna do Estômago, parte não especificada</i>	10	3,62
<i>Neoplasia Maligna Primária Do Fígado</i>	10	3,62
<i>Neoplasia Maligna de Brônquio ou Pulmão, local não especificado</i>	8	2,90
<i>Pneumonite devida a Aspiração de Alimento ou Vômito</i>	8	2,90
<i>Septicemia não especificada</i>	8	2,90
<i>Colangite</i>	7	2,54
<i>Pneumonia devida a Microorganismo não especificado</i>	7	2,54
<i>Neoplasia Maligna de local especificado NCOP da Laringe</i>	6	2,17
<i>Neoplasia Maligna de Partes de Brônquio ou do Pulmão NCOP</i>	6	2,17
<i>Neoplasia Maligna do Cárdia</i>	5	1,81
<i>Neoplasia Maligna Secundária do Fígado (Metástase Hepática)</i>	5	1,81
<i>Neoplasia Maligna de Lobo, Brônquio ou Pulmão Superior</i>	4	1,45
<i>Obstrução das Vias Biliares, sem menção de Litíase</i>	4	1,45
<i>Coma Hepático</i>	3	1,09
<i>Embolia Cerebral, com Enfarte Cerebral</i>	3	1,09
<i>Hemorragia Intracerebral</i>	3	1,09
<i>Infeção do Tracto Urinário, local não especificado</i>	3	1,09
<i>Neoplasia Maligna da Próstata</i>	3	1,09
<i>Neoplasia Maligna das Vias Biliares Extra-Hepáticas</i>	3	1,09
<i>Neoplasia Maligna de Lobo, Brônquio ou Pulmão Inferior</i>	3	1,09
<i>Neoplasia Maligna do Antro Pilórico</i>	3	1,09
<i>Neoplasia Maligna do Colon Sigmoides</i>	3	1,09
<i>Neoplasia Maligna do Ovário</i>	3	1,09
<i>Neoplasia Maligna do Reto</i>	3	1,09
<i>Neoplasia Maligna do Rim, Exceto Bacinete</i>	3	1,09
<i>Neoplasia Maligna Secundária de Osso ou Medula Óssea</i>	3	1,09
<i>Tumor Maligno da Bexiga Urinaria NCOP</i>	3	1,09
<i>Bridas Intestinais ou Peritoneais C/ Obstrução (Pós-Operatória) (Pós-Infecciosa)</i>	2	0,72
<i>Bronquite Crônica Obstrutiva, com Exacerbação Aguda</i>	2	0,72
<i>Enfarte Agudo Subendocárdico, Episódio de Cuidados Inicial</i>	2	0,72
<i>Esclerose Lateral Amiotrófica</i>	2	0,72
<i>Hepatite Crônica C, sem menção de Coma Hepático</i>	2	0,72
<i>Infeção Pós-Operatória NCOP</i>	2	0,72
<i>Insuficiência Cardíaca Congestiva</i>	2	0,72
<i>Linfoma NCOP, Local não especificado, Extraganglionar, ou Órgão Sólido</i>	2	0,72
<i>Neoplasia Maligna da Amígdala</i>	2	0,72
<i>Neoplasia Maligna da Glândula Tireoide</i>	2	0,72
<i>Neoplasia Maligna da Mama Feminina, localização NCOP</i>	2	0,72
<i>Neoplasia Maligna da Pequena Curvatura do Estômago</i>	2	0,72
<i>Neoplasia Maligna do Colon, Localização NCOP</i>	2	0,72
<i>Neoplasia Maligna do Corpo do Estômago</i>	2	0,72
<i>Neoplasia Maligna do Corpo do Útero, Exceto Istmo</i>	2	0,72
<i>Neoplasia Maligna do Estômago, localização NCOP</i>	2	0,72
<i>Neoplasia Maligna Secund. Ou N/Espec. G.Linfat. Cabeça, Face, Pescoço</i>	2	0,72

<i>Pancreatite Aguda</i>	2	0,72
<i>Pielonefrite Aguda sem Lesão de Necrose Renal Medular</i>	2	0,72
<i>Septicemia por Estafilococos Aureus Resistente a Meticilina</i>	2	0,72
<i>Admissão para Colocação e Ajuste Dispositivo ou Aparelho Gastrointestinal NCOP</i>	1	0,36
<i>Alterações do Metabolismo das Proteínas Plasmáticas, NCOP</i>	1	0,36
<i>Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP</i>	1	0,36
<i>Aperto e Estenose do Esófago (não congénita)</i>	1	0,36
<i>Aterosclerose de Artérias Nativas das Extremidades, com Gangrena</i>	1	0,36
<i>Bloqueio de Ramo, Bilateral, NCOP</i>	1	0,36
<i>Broncopneumonia devida a Microrganismo não especificado</i>	1	0,36
<i>Bronquiectasias, com Exacerbação Aguda</i>	1	0,36
<i>Bronquite Aguda</i>	1	0,36
<i>Bronquite Crónica Obstrutiva, com Bronquite Aguda</i>	1	0,36
<i>Cirrose Alcoólica do Fígado</i>	1	0,36
<i>Complicação Mecânica NCOP de Dispositivo Ortop Interno, Implante e Enxerto NCOP</i>	1	0,36
<i>Contusão do Córtex (Cerebr.), S/Ferida Penetr., Estad.Consc.N/Especif</i>	1	0,36
<i>Cuidados Posteriores a Cirurgia de Neoplasias</i>	1	0,36
<i>Dermatite devida a Drogas e Medicamentos Ingeridos</i>	1	0,36
<i>Derrame Pleural Maligno</i>	1	0,36
<i>Diverticulose do Colon, com Hemorragia</i>	1	0,36
<i>Doença Cardíaca Hipertensiva Soe com Insuficiência Cardíaca Congestiva</i>	1	0,36
<i>Doença Cardio-Renal Hipert.N/Especif., C/Insuf.Card.Congest. e Insufic.Renal</i>	1	0,36
<i>Doença da Laringe Soe</i>	1	0,36
<i>Doença de Creutzfeldt-Jakob, NCOP ou Soe</i>	1	0,36
<i>Doença Renal Crónica, Estádio V</i>	1	0,36
<i>Doenças do Aparelho Respiratório, NCOP</i>	1	0,36
<i>Embolia e Trombose de Artérias dos Membros Inferiores</i>	1	0,36
<i>Embolia ou Enfarte Pulmonar, NCOP</i>	1	0,36
<i>Formas Especificadas de Derrame Pleural NCOP, Exceto Tuberculosas</i>	1	0,36
<i>Frat. Abob. Crânio F. Com Lacer. Cereb./Contusão -S/Especif. Est.Consciencia</i>	1	0,36
<i>Fratura Colo Fémur -Secção Intertrocantérica -F.</i>	1	0,36
<i>Fratura do Colo do Fémur, Secção Mediocervical, Fechada</i>	1	0,36
<i>Hematemese</i>	1	0,36
<i>Hemorr. Subdural Traum., S/Fer.Aberta Crânio, Estad.Consc. N/Especificado</i>	1	0,36
<i>Hemorr.Subdur. Pos-Traum. S/Ferim.Aberto Intracr. C/Perd.Consc.Prolong. S/Recobr</i>	1	0,36
<i>Hérnia Ventral, Incisional, sem menção de obstrução ou Gangrena</i>	1	0,36
<i>Hidrocefalia Obstrutiva</i>	1	0,36
<i>Hidronefrose</i>	1	0,36
<i>Hipertrofia Mucosa Gástrica, sem menção de Hemorragia</i>	1	0,36
<i>Hiposmolaridade e/ou Hiponatremia</i>	1	0,36
<i>Inchaço, Massa ou Protuberância na Cabeça e no Pescoço</i>	1	0,36
<i>Infeção ou Reação Inflamatória devida a Algalia</i>	1	0,36
<i>Insuficiência Cardíaca Sistólica/Diastólica Crónica Agudizada</i>	1	0,36
<i>Insuficiência Vascular Aguda do Intestino</i>	1	0,36
<i>Lesão de Dieulafoy (Hemorragica) do Estômago e Duodeno</i>	1	0,36
<i>Leucoencefalopatia Progressiva Multifocal</i>	1	0,36
<i>Linfoma NCOP, Gânglios Linfáticos de locais múltiplos</i>	1	0,36

<i>Linfoma Nodular - Local não especificado, Extraganglionar, ou Órgão Sólido</i>	1	0,36
<i>Melanoma Maligno da Pele da Face, Local NCOP ou não especificado</i>	1	0,36
<i>Melanoma Maligno da Pele do Tronco, exceto do Escroto</i>	1	0,36
<i>Melanoma Maligno da Pele, local não especificado</i>	1	0,36
<i>Mieloma Múltiplo, sem menção de remissão</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Benigna do Duodeno, Jejuno e Íleo</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Benigna do Estômago</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna da Juncão Recto-Sigmoideia</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna da Laringe, não especificada</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna das Vias Biliares Intra-Hepáticas</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna de localização não especificada, NCOP</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna disseminada</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna do Cego</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna do Esôfago Abdominal</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna do Esôfago do Terço Superior</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna do Esôfago, localização não especificada</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna do Pâncreas, local não especificado</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna do Terço Inferior Do Esôfago</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna Secundária da Pleura</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna Secundária do Cérebro e Medula Espinal</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna Secundária do Retroperitoneu e Peritoneu</i>	1	0,36
<i>Neoplasia Maligna Secundária ou N/ Espec. G.Linfat. Axila Ou M.Super.</i>	1	0,36
<i>Neutropenia induzida por fármacos</i>	1	0,36
<i>Observação ou suspeita de Neoplasia Maligna</i>	1	0,36
<i>Oclusão de Artéria Cerebral não especificada, com Enfarte Cerebral</i>	1	0,36
<i>Oclusão e Estenose de Artéria Basilar, com Enfarte Cerebral</i>	1	0,36
<i>Oclusão e Estenose de Artéria Carótida, com Enfarte Cerebral</i>	1	0,36
<i>Oclusão Intestinal não especificada</i>	1	0,36
<i>Oclusão Intestinal NCOP</i>	1	0,36
<i>Quisto da Faringe ou Nasofaringe</i>	1	0,36
<i>Septicemia por Escherichia Coli (E. Coli)</i>	1	0,36
<i>Septicemia por Pseudomonas</i>	1	0,36
<i>Tumor Maligno da Língua NCOP</i>	1	0,36
<i>Tumor Maligno da Nasofaringe NCOP</i>	1	0,36
<i>Tumor Maligno da Parede Lateral da Bexiga Urinaria</i>	1	0,36
<i>Tumor Maligno das Fossas Nasais</i>	1	0,36
<i>Tumor Maligno do Cérebro exceto Lobos e Ventrículos</i>	1	0,36
<i>Tumor Maligno do Lobo Frontal</i>	1	0,36
<i>Tumor Maligno do Lobo Parietal</i>	1	0,36
<i>Tumor Maligno do Seio Esfenoidal</i>	1	0,36
<i>Tumor Maligno do Seio Piriforme</i>	1	0,36
<i>Úlcera de Decúbito, parte baixa do dorso</i>	1	0,36
<i>Total</i>	276	100,0

ANEXO IV: Unidades de Registo Finais

Foco de Atenção	Freq.	%Total	Unidade de Registo Final	Freq.
Ventilação	1	0,36	Ventilação	1
Dispneia	13	4,71	Dispneia presente	13
Dispneia Funcional	57	20,65	Dispneia Funcional, em grau elevado	15
			Dispneia Funcional, em grau moderado	32
			Dispneia Funcional, em grau reduzido	10
Dispneia em Repouso	48	17,39	Dispneia em Repouso presente	48
Hipóxia	2	0,72	Risco de Hipóxia	2
Limpeza das Vias Aéreas	28	10,14	Limpeza das Vias Aéreas ineficaz	28
Expetorar	93	33,70	Expetorar ineficaz	93
Tossir	12	4,35	Tossir ineficaz	12
Asfixia	1	0,36	Risco de Asfixia	1
Aspiração	89	32,25	Aspiração presente	2
			Risco de Aspiração	89
Função Cardíaca	2	0,72	Função Cardíaca comprometida	2
Débito Cardíaco	5	1,81	Débito Cardíaco alterado	5
Pressão Sanguínea	1	0,36	Pressão Sanguínea diminuída	1
Hipertensão	31	11,23	Hipertensão presente	31
Hipotensão	30	10,87	Hipotensão presente	30
Perfusão dos Tecidos	6	2,17	Perfusão dos Tecidos alterada	6
Perda Sanguínea	46	16,67	Perda Sanguínea presente	34
			Risco de Perda Sanguínea	12
Hemorragia	38	13,77	Hemorragia presente	28
			Risco de Hemorragia	10
Hematoma	4	1,45	Hematoma presente	4
Febre	93	33,70	Febre presente	93
Constricção pelo Frio	6	2,17	Constricção pelo Frio presente	6
Ingestão Nutricional	18	6,52	Ingestão Nutricional insuficiente	8
			Risco de Ingestão Nutricional insuficiente	10
Ingestão de Líquidos	1	0,36	Ingestão de Líquidos diminuída	1
Estado Nutricional	4	1,45	Estado Nutricional comprometido	4
Inanição	1	0,36	Inanição	1
Malnutrição	21	7,61	Malnutrição presente	21
Caquexia	16	5,80	Caquexia presente	16
Deglutição	44	15,94	Deglutição comprometida	44
Absorção	3	1,09	Absorção comprometida	3
Vómito	82	29,71	Vómito presente	82
Regurgitação	1	0,36	Regurgitação presente	1
Metabolismo Energético	39	14,13	Metabolismo Energético alterado	27
			Risco de Metabolismo Energético alterado	12
Desidratação	24	8,70	Desidratação presente	12
			Risco de Desidratação	12
Edema	139	50,36	Edema presente	139
Ascite	16	5,80	Ascite presente	16
Incontinência intestinal	13	4,71	Incontinência intestinal presente	13
Diarreia	15	5,43	Diarreia presente	15
Obstipação	124	44,93	Obstipação presente	42

			Risco de Obstipação	82
Fecaloma	8	2,9	Fecaloma presente	8
Eliminação Urinária	2	0,72	Eliminação Urinária comprometida	2
Incontinência Urinária	17	6,16	Incontinência Urinária presente	17
Incontinência por redução do tempo de alerta	1	0,36	Incontinência por redução do tempo de alerta presente	1
Retenção Urinária	59	21,38	Retenção Urinária presente	59
Perspiração	1	0,36	Perspiração presente	1
Tegumento	9	3,26	Tegumento alterado	9
Pele	11	3,99	Pele alterada	11
Pele Seca	39	14,13	Pele Seca presente	39
Pele Húmida	3	1,09	Pele Húmida presente	3
Eritema	4	1,45	Eritema presente	4
Membrana Mucosa	39	14,13	Membrana Mucosa alterada	39
Membrana Mucosa Seca	8	2,90	Membrana Mucosa Seca presente	8
Candidíase	3	1,09	Candidíase presente	3
Tecido Cicatricial	2	0,72	Tecido Cicatricial presente	2
Maceração	58	21,01	Maceração presente	58
Úlcera	11	3,99	Úlcera presente	11
Úlcera de Pressão	220	79,71	Úlcera de Pressão presente	171
			Risco de Úlcera de Pressão	220
Ferida	50	18,12	Ferida presente	50
Ferida Cirúrgica	53	19,20	Ferida Cirúrgica presente	53
Ferida Traumática	34	12,32	Ferida Traumática presente	34
Escoriação	11	3,99	Escoriação presente	11
Contusão	3	1,09	Contusão presente	3
Queimadura	13	4,71	Queimadura presente	13
Necrose	1	0,36	Necrose presente	1
Sono	34	12,32	Sono alterado	34
Adormecer	1	0,36	Adormecer comprometido	1
Insónia	3	1,09	Insónia presente	3
Fadiga	5	1,81	Fadiga presente	5
Tremor	1	0,36	Tremor presente	1
Espasticidade	4	1,45	Espasticidade presente	4
Convulsão	8	2,90	Convulsão presente	8
Parésia	6	2,17	Parésia presente	6
Movimento Articular Ativo	1	0,36	Movimento Articular Ativo comprometido	1
Rigidez Articular	5	1,81	Rigidez Articular presente	5
Pé Equino	11	3,99	Pé Equino presente	11
Fratura	1	0,36	Fratura presente	1
Mobilidade	22	7,97	Mobilidade alterada	22
Equilíbrio corporal	3	1,09	Equilíbrio corporal alterado	3
Agitação	42	15,22	Agitação presente	42
Síndrome de Desuso	1	0,36	Síndrome de Desuso presente	1
Afasia	3	1,09	Afasia presente	3
Afasia Motora	2	0,72	Afasia Motora presente	2
Disfasia	2	0,72	Disfasia presente	2
Disartria	1	0,36	Disartria presente	1

Dor	188	68,12	Dor presente	188
Dor oncológica	6	2,17	Dor oncológica presente	6
Dor por Ferida	4	1,45	Dor por Ferida presente	4
Dor óssea	1	0,36	Dor óssea presente	1
Enxaqueca	1	0,36	Enxaqueca presente	1
Sede	3	1,09	Sede presente	3
Apetite	60	21,74	Apetite diminuído	60
Náusea	51	18,48	Náusea presente	51
Prurido	7	2,54	Prurido presente	7
Conforto	32	11,59	Conforto Comprometido	32
Visão	12	4,35	Visão alterada	12
Audição	7	2,54	Audição alterada	7
Consciência	88	31,88	Consciência alterada	88
Sonolência	44	15,94	Sonolência presente	44
Estupor	14	5,07	Estupor presente	14
Coma	8	2,90	Coma presente	8
Infeção	36	13,04	Infeção presente	36
Suscetibilidade à Infeção	1	0,36	Suscetibilidade à Infeção presente	1
Morte	28	10,14	Morte	28
Autoconhecimento	2	0,72	Autoconhecimento ausente	2
Bem-estar psicológico	1	0,36	Bem-estar psicológico ausente	1
Cognição	1	0,36	Cognição comprometida	1
Conhecimento	24	8,70	Conhecimento não demonstrado	24
Preocupação	16	5,80	Preocupação presente	16
Percepção	2	0,72	Percepção comprometida	2
Alucinação	2	0,72	Alucinação presente	2
Aprendizagem de habilidades	8	2,90	Aprendizagem de habilidades não demonstrada	8
Aprendizagem cognitiva	1	0,36	Aprendizagem cognitiva não demonstrada	11
Confusão	102	36,96	Confusão presente	102
Ansiedade	31	11,23	Ansiedade presente	31
Humor	2	0,72	Humor presente	2
Tristeza	22	7,97	Tristeza presente	22
Luto	4	1,45	Luto presente	4
Sofrimento	1	0,36	Sofrimento presente	1
Coping	2	0,72	Coping comprometido	2
Aceitação do Estado de Saúde	3	1,09	Aceitação do Estado de Saúde	3
Stress do Prestador de Cuidados	6	2,17	Stress do Prestador de Cuidados	6
Autocontrolo: Ansiedade	6	2,17	Autocontrolo: Ansiedade ineficaz	6
Autocontrolo: Infeção	1	0,36	Autocontrolo: Infeção ineficaz	1
Intolerância à Atividade	6	2,17	Intolerância à Atividade presente	6
Imagem Corporal	1	0,36	Imagem Corporal alterada	1
Autocuidado	5	1,81	Autocuidado dependente	5
Autocuidado: Higiene	236	85,51	Autocuidado: Higiene dependente em grau reduzido	10
			Autocuidado: Higiene dependente em grau moderado	35
			Autocuidado: Higiene dependente em grau elevado	191
Autocuidado: Vestuário	238	86,23	Autocuidado: Vestuário dependente em grau reduzido	43
			Autocuidado: Vestuário dependente em grau moderado	65

			Autocuidado: Vestuário dependente em grau elevado	130
Alimentar-se	198	71,74	Alimentar-se dependente em grau reduzido	40
			Alimentar-se dependente em grau moderado	57
			Alimentar-se dependente em grau elevado	101
Autocuidado: Beber	10	3,62	Dependência no Autocuidado: Beber	10
Autocuidado: Uso do sanitário	234	84,78	Autocuidado: Uso do sanitário dependente em grau reduzido	29
			Autocuidado: Uso do sanitário dependente em grau moderado	58
			Autocuidado: Uso do sanitário dependente em grau elevado	157
Posicionar-se	219	79,35	Posicionar-se dependente em grau reduzido	31
			Posicionar-se dependente em grau moderado	53
			Posicionar-se dependente em grau elevado	135
Transferir-se	165	59,78	Transferir-se dependente em grau reduzido	30
			Transferir-se dependente em grau moderado	26
			Transferir-se dependente em grau elevado	109
Levantar-se	13	4,71	Dependência no Levantar-se	13
Queda	242	87,68	Queda presente	242
			Risco de queda	19
Deambular	64	23,19	Deambular comprometido	64
Andar com auxiliar de marcha	1	0,36	Andar com auxiliar de marcha presente	1
Mover-se em Cadeira de Rodas	1	0,36	Mover-se em Cadeira de Rodas presente	1
Precaução de Segurança	1	0,36	Precaução de Segurança não demonstrada	1
Autoadministração de medicamentos	1	0,36	Autoadministração de medicamentos não demonstrada	1
Gestão do Regime Terapêutico	5	1,81	Gestão do Regime Terapêutico ineficaz	5
Adesão ao regime terapêutico	13	4,71	Adesão ao regime terapêutico não demonstrada	13
Uso de Tabaco	1	0,36	Uso de Tabaco	1
Suporte	17	6,16	Suporte insuficiente	17
Socialização	1	0,36	Socialização comprometida	1
Papel de Prestador de Cuidados	4	1,45	Papel de Prestador de Cuidados	4
Comunicação	19	6,88	Comunicação comprometida	19
Comunicação recetiva	9	3,26	Comunicação recetiva comprometida	9
Comunicação expressiva	8	2,90	Comunicação expressiva comprometida	8

ANEXO V: Focos de Atenção categorizados

Dimensão	Domínio	Subdomínio	Categoria Major	Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	Foco de Atenção	Freq.	%Total
FUNÇÃO	Respiração	Ventilação					Ventilação	1	0,36
		Dispneia					Dispneia	13	4,71
			Dispneia Funcional				Dispneia Funcional	57	20,65
			Dispneia em Repouso				Dispneia em Repouso	48	17,39
		Trocas gasosas	Hipóxia				Hipóxia	2	0,72
		Limpeza das Vias Aéreas					Limpeza das Vias Aéreas	28	10,14
			Expetorar				Expetorar	93	33,70
			Tossir				Tossir	12	4,35
			Asfixia				Asfixia	1	0,36
			Aspiração				Aspiração	89	32,25
	Circulação	Função Cardíaca					Função Cardíaca	2	0,72
			Débito Cardíaco				Débito Cardíaco	5	1,81
		Função vascular	Pressão Sanguínea				Pressão Sanguínea	1	0,36
				Hipertensão			Hipertensão	31	11,23
				Hipotensão			Hipotensão	30	10,87
			Perfusão dos ecidos				Perfusão dos Tecidos	6	2,17
			Perda Sanguínea				Perda Sanguínea	46	16,67
				Hemorragia			Hemorragia	38	13,77
				Hematoma			Hematoma	4	1,45
	Temperatura corporal	Febre					Febre	93	33,70
		Constricção pelo Frio					Constricção pelo Frio	6	2,17
	Nutrição	Ingestão nutricional					Ingestão Nutricional	18	6,52
			Ingestão de Líquidos				Ingestão de Líquidos	1	0,36
		Estado Nutricional					Estado Nutricional	4	1,45

FUNÇÃO	Nutrição	Estado Nutricional	Inanição				Inanição	1	0,36
			Malnutrição				Malnutrição	21	7,61
				Caquexia			Caquexia	16	5,80
	Digestão	Absorção	Deglutição				Deglutição	44	15,94
							Absorção	3	1,09
			Vômito				Vômito	82	29,71
			Regurgitação				Regurgitação	1	0,36
	Metabolismo	Metabolismo Energético					Metabolismo Energético	39	14,13
	Volume de líquidos	Desidratação					Desidratação	24	8,70
		Retenção de líquidos	Edema				Edema	139	50,36
			Ascite				Ascite	16	5,80
	Eliminação	Incontinência intestinal					Incontinência intestinal	13	4,71
		Eliminação intestinal	Diarreia				Diarreia	15	5,43
			Obstipação				Obstipação	124	44,93
				Fecaloma			Fecaloma	8	2,9
		Eliminação Urinária					Eliminação Urinária	2	0,72
			Incontinência Urinária				Incontinência Urinária	17	6,16
			Urgência Urinária	Incontinência por redução do tempo de alerta			Incontinência por redução do tempo de alerta	1	0,36
			Retenção Urinária				Retenção Urinária	59	21,38
	Tegumentos	Transpiração	Perspiração				Perspiração	1	0,36
							Tegumento	9	3,26
		Pele					Pele	11	3,99
			Pele Seca				Pele Seca	39	14,13
			Pele Húmida				Pele Húmida	3	1,09
			Eritema				Eritema	4	1,45

FUNÇÃO	Tegumentos	Membrana mucosa					Membrana Mucosa	39	14,13
			Membrana Mucosa Seca				Membrana Mucosa Seca	8	2,90
			Candidíase				Candidíase	3	1,09
		Tecido	Tecido Cicatricial				Tecido Cicatricial	2	0,72
			Maceração				Maceração	58	21,01
			Úlcera				Úlcera	11	3,99
				Úlcera de Pressão			Úlcera de Pressão	220	79,71
			Ferida				Ferida	50	18,12
				Ferida Cirúrgica			Ferida Cirúrgica	53	19,20
				Ferida Traumática			Ferida Traumática	34	12,32
					Escoriação		Escoriação	11	3,99
					Contusão		Contusão	3	1,09
					Queimadura		Queimadura	13	4,71
					Necrose		Necrose	1	0,36
	Reparação	Sono					Sono	34	12,32
			Adormecer				Adormecer	1	0,36
	Atividade motora		Insónia				Insónia	3	1,09
		Repouso	Fadiga				Fadiga	5	1,81
		Movimento Corporal	Movimento Muscular	Tremor			Tremor	1	0,36
				Espasticidade			Espasticidade	4	1,45
				Convulsão			Convulsão	8	2,90
				Paralisia	Parésia		Parésia	6	2,17
			Movimento Articular	Movimento Articular Ativo			Movimento Articular Ativo	1	0,36
				Rigidez Articular			Rigidez Articular	5	1,81
				Pé Equino			Pé Equino	11	3,99
			Fratura				Fratura	1	0,36
		Mobilidade					Mobilidade	22	7,97

FUNÇÃO	Atividade Motora		Equilíbrio corporal				Equilíbrio corporal	3	1,09
		Atividade Psicomotora	Hiperatividade	Agitação			Agitação	42	15,22
			Hipoatividade	Síndrome de Desuso			Síndrome de Desuso	1	0,36
		Fala	Afasia	Afasia motora			Afasia	3	1,09
							Afasia Motora	2	0,72
					Disfasia		Disfasia	2	0,72
						Disartria	Disartria	1	0,36
	Sensações	Dor					Dor	188	68,12
			Dor oncológica				Dor oncológica	6	2,17
			Dor cutânea	Dor por Ferida			Dor por Ferida	4	1,45
			Dor musculoesquelética	Dor óssea			Dor óssea	1	0,36
			Dor vascular	Enxaqueca			Enxaqueca	1	0,36
		Sede					Sede	3	1,09
		Apetite					Apetite	60	21,74
		Náusea					Náusea	51	18,48
		Prurido					Prurido	7	2,54
		Conforto					Conforto	32	11,59
		Visão					Visão	12	4,35
		Audição					Audição	7	2,54
		Consciência					Consciência	88	31,88
			Sonolência				Sonolência	44	15,94
			Estupor				Estupor	14	5,07
			Coma				Coma	8	2,90
	Sistema imunitário	Infecção					Infecção	36	13,04
			Suscetibilidade à Infecção				Suscetibilidade à Infecção	1	0,36
	Desenvolvimento físico	Morte					Morte	28	10,14

PESSOA	Razão para Ação	Autoconhecimento					Autoconhecimento	2	0,72
			Bem-estar	Bem-estar psicológico			Bem-estar psicológico	1	0,36
			Cognição	Pensamento	Conhecimento		Cognição	1	0,36
					Preocupação		Preocupação	24	8,70
				Percepção			Percepção	16	5,80
					Alucinação		Alucinação	2	0,72
			Aprendizagem	Aprendizagem de habilidades			Aprendizagem de habilidades	2	0,72
				Aprendizagem cognitiva			Aprendizagem cognitiva	2	0,72
			Memória	Confusão			Confusão	8	2,90
			Emoção	Ansiedade			Ansiedade	1	0,36
				Humor			Humor	8	2,90
				Tristeza			Tristeza	1	0,36
				Luto			Luto	102	36,96
				Sofrimento			Sofrimento	31	11,23
			Adaptação	Coping			Coping	2	0,72
					Aceitação	Aceitação do Estado de Saúde	Aceitação do Estado de Saúde	3	1,09
					<i>Stress</i> do Prestador de Cuidados		<i>Stress</i> do Prestador de Cuidados	6	2,17
				Autocontrole	Autocontrole: Ansiedade		Autocontrole: Ansiedade	6	2,17
					Autocontrole: Infecção		Autocontrole: Infecção	1	0,36
			Energia	Resistência	Intolerância à Atividade		Intolerância à Atividade	6	2,17
		Autoconceito	Imagem Corporal				Imagem Corporal	1	0,36
	Ação	Realizada pelo próprio	Autocuidado				Autocuidado	5	1,81
				Autocuidado: Higiene			Autocuidado: Higiene	236	85,51

PESSOA	Ação	Realizada pelo próprio	Autocuidado	Autocuidado: Vestuário			Autocuidado: Vestuário	238	86,23
				Autocuidado: Alimentar			Alimentar-se	198	71,74
				Autocuidado: Beber			Autocuidado: Beber	10	3,62
				Autocuidado: Uso do sanitário			Autocuidado: Uso do sanitário	234	84,78
				Autocuidado: Atividade física	Posicionar-se		Posicionar-se	219	79,35
					Transferir-se		Transferir-se	165	59,78
					Levantar-se		Levantar-se	13	4,71
					Queda		Queda	242	87,68
					Deambular		Deambular	64	23,19
						Andar	Andar com auxiliar de marcha	1	0,36
						Mover-se em Cadeira de Rodas	Mover-se em Cadeira de Rodas	1	0,36
			Comportamento de procura de saúde	Comportamento de adesão	Precaução		Precaução de Segurança	1	0,36
					Autoadministração de medicamentos		Autoadministração de medicamentos	1	0,36
					Gestão do Regime Terapêutico		Gestão do Regime Terapêutico	5	1,81
							Adesão ao regime terapêutico	13	4,71
		Estilo de Vida	Uso de substâncias	Uso de Tabaco			Uso de Tabaco	1	0,36
		Interdependente	Interação Social	Suporte			Suporte	17	6,16
				Socialização			Socialização	1	0,36
			Interação de Papéis	Papel de Prestador de Cuidados			Papel de Prestador de Cuidados	4	1,45
			Comunicação				Comunicação	19	6,88
				Comunicação recetiva			Comunicação recetiva	9	3,26
				Comunicação expressiva			Comunicação expressiva	8	2,90